

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: La nueva faz del criterio médico neohipocratismo, por el Dr. Honorio F. Delgado.—Sobre las meningitis agudas atípicas, por Bernardo Gil y Ortega.—Tratamiento de algunas ginecepatías por la fototerapia, por el Dr. D. Sebastián Recasens.—Revista Bibliográfica, por José R. Carracido.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—La organización de la higiene en Francia, por el Dr. Roux.—Lo que debe ser un partido médico, por D. Martín Hurtado.—Proyecto de Reglamento del Colegio de Médicos. Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## La nueva faz del criterio médico neohipocratismo

POR EL

DOCTOR HONORIO F. DELGADO

Profesor libre de la Universidad de Lima, Perú

Antiquitas saeculi juvenus mundi.

LORD VERULAM

Und wie ferne sind wir noch davon, dass zum wissenschaftlichen Denken sich auch noch die künstlerischen Kräfte und die praktische Weisheit des Lebens hinzufinden, dass ein höheres organisches System sich bildet, in Bezug auf welches der Gelehrte, der Arzt, der Künstler und der Gesetzgeber, so wie wir jetzt diese kennen, als dürftige Alterthümer erscheinen müssten!

FRIEDRICH NIETZSCHE

He sostenido en otra ocasión el concepto, que es oportuno recordar ahora, de que, con respecto al conocimiento de la realidad, el progreso de la cultura sigue un ritmo oscilatorio; la curiosidad intelectual del hombre se adhiere sucesivamente, ora al mundo cósmico, material u objetivo, ora al humano, espiritual o subjetivo. Y así se suceden, alternando, la cul-

tura de cosas y la cultura humanista. En este siglo, desde los primeros años, se manifiesta un cambio de timón en el hambre de saber: del estudio de las leyes naturales del universo rumbea hacia el conocimiento de las leyes de la naturaleza humana. Y este desplazamiento del centro de gravedad del interés científico parece haberse intensificado con la terrible guerra, la cual nos ha hecho palpar los inferiores residuos de perversidad y los portentosos tesoros de sentimiento, que se creía que no existiesen ya en el corazón del hombre, y con ello se ha revelado una vez más el valor de los valores humanos. Y se ha tomado clara conciencia de que también los valores humanos son los valores supremos para el hombre; son los valores de los valores. Estamos, pues, en plena aurora de una nueva era humanista, en que el estudio del hombre es el estudio supremo.

Me parece notar en la alta especulación médica y en las novísimas orientaciones de la práctica clínica indicios de que la ciencia y el arte de curar no permanecen ajenos a esta actitud general del pensamiento del momento presente. Algunas de las más eminentes mentalidades médicas, particularmente del mundo germano y sajón, parecen más que inclinadas a favor de un cambio de criterio, indudablemente muy saludable, en el sentido de *desacademizar*, si se me permite el término, los métodos y prácticas de la disciplina



galénica. Las líneas que siguen pretenden, más que reflejar las características de esta mutación, expresar los anhelos personales del autor respecto a las innovaciones necesarias en la superestructura ideológica de la profesión. Es una cuestión relativa a la medicina del porvenir más que a la del presente.

Es tarea ingrata, pero indispensable, hacer la crítica de los defectos cardinales de la medicina tradicional y de la particular tendencia metodológica y doctrinal que inspira la investigación y las persecuciones de las ciencias en que se cimenta e informa aquélla. Para hacer esta crítica menos incruenta y menos dilatada, menester es que nos remontemos a un punto de vista elevado, filosófico, aun con peligro de llegar a la imprecisión. El objeto de nuestro criticismo doctrinal en cierto sentido no es limitado ni circunstancial, sino universal, pero relativo sólo a los vicios extremos, no al pensamiento médico todo, ni a la técnica clínica en su conjunto, pues el criterio a presentar solamente en parte es rectificatorio del clásico, siendolo en lo demás ampliatorio y aditivo. Y viendo las cosas con ojos pragmáticos, hasta la exageración de los defectos y vicios a criticar es plausible, pues de su mismo exceso nacerá, o mejor dicho, parece que ya nace el remedio compensatorio; despertar lo opuesto es la virtud de las desviaciones extremas del pensamiento humano.

En la prosecución de la actividad profesional sucede un proceso semejante al del neomalthusianismo con respecto a los fines del amor, en virtud del cual pierde de vista el objeto para el cual la diferenciación social, la división del trabajo, condicionó y determinó su razón de ser, y se desvía de su genuina finalidad, tomando como tal lo que no debió ser mas que un medio: la nomenclatura, la tecnología, las rutinas subalternas, el dato pequeño, los detalles de forma o los accidentales, acaban por erigirse en objetos de preferente interés de parte del profesional, cuando no en fetiches concluyentes. Son éstas las taras del profesionalismo, que se agravan con el afán de especialización, cada vez más limitada, llegándose a cavar abismos casi infranqueables entre los estrechos sectores de la actividad médica, y llegándose asimismo y por igual causa a perder contacto amplio y sólido con la medicina general y con las disciplinas fundamentales no inmediatamente conexas, lo cual tiene por resultado ineluctable, no sólo norma de eficiencia profesional general, si que también estrechez de vistas y una consiguiente incapacidad de progreso dentro de la misma incapacidad, dentro de la misma pequeña órbita de su acción. Por otra parte, el práctico sin amplio horizonte cultural acaba por rutinizarse y hacerse miope a fuerza de mirar sólo de cerca y sólo aquello indispensable a su modesta consagración.

Es notoria la adhesión a lo parcial, a la minucia, al síntoma, al órgano enfermo, al germen patógeno, con lvido del individuo enfermo, del organismo en condición anormal, de la vida alterada o en peligro. Por tender a la parte se olvida el todo, que es lo cardi-

nal: es el afán de *dissecta membra*. Se olvida que los órganos enfermos son parte de la persona enferma, y que las partes por sí solas nada significan si no se considera aquello que integran. Es necesario hacer recordar lo que hace siglos dijo en forma figurada el poeta chino LAC-TZE: «Las diversas partes de un carruaje no son un carruaje.»

El afán immoderado de recurrir al análisis del detalle, a lo cual ha contribuido copiosamente el especialista de laboratorio, ha extraviado el espíritu científico en el laberinto de un causalismo estrecho, con marcada tendencia excluyente, que a veces raya en audaz e insensata presunción. Se pretende reducir toda actividad vital o humana a simples fórmulas químicas y diagramas de fuerzas, y se cree que el mundo cósmico y el mundo humano estarán completamente conocidos y explicados el día que los fenómenos vitales, psicológicos y sociales puedan ser reducidos a términos de mecánica y formen parte de los tratados de física. Trasuénase con una ciencia que lo «explique» todo, como si la ciencia tuviera poder para más que describir simplificando. Señalar como meta exclusiva e ideal del estudio científico la reducción de la infinita variedad de la naturaleza a conceptos de lógica y fórmulas matemáticas es menguada pretensión de mentalidades demócráticas, de espíritus sin latitud y sin propiedad, de inteligencias deformadas, sin el verdadero sentido de la realidad. No es importuno recordar a este propósito lo que dijera Montesquieu de los poetas realistas: «Ils passent leur vie a chercher la nature, et la manquent toujours.»

Un caso particular de la actitud mental caracterizada por la atribución de importancia excluyente a una tendencia científica, cuyo vicio no es el afán de intensificar la investigación y la aplicación de los consiguientes principios, sino la desatendencia de otros sectores de la investigación y de la aplicación necesarios al médico, ese caso particular es el desarrollo de la microbiología y la inmunología, con desmedro del interés por la psicología y la psicoterapia. Y se explica el porqué: «Es la regla que, como la bacteriología y la serología han tenido el derecho de primeros ocupantes en el terreno de las investigaciones médicas, los médicos han tenido poco tiempo, poco interés o poca preparación para dedicarse al estudio de los procesos conscientes de sus pacientes.

Dejando aparte ya las pretensiones ilógicas del espíritu científico con miras al conocimiento absoluto, a la metafísica mecánica, es tiempo de que aborde lo esencial del tema. El médico comienza a tomar seriamente en cuenta que su fin profesional es la restitución de la salud a hombres enfermos, a personas dolientes, y tiende a poner al servicio de tal fin todos los recursos técnicos y estéticos de que es capaz. La medicina no es una ciencia perfecta, ni siquiera una ciencia, sino un arte que se sirve de ciertos procedimientos técnicos y aplica ciertas nociones científicas, de aquí que exija una inmensa contribución personal.

Guardándose del estrecho simplismo mecanicista, el



médico del criterio militante, encara la realidad mórbida en su conjunto, en su complejidad, en su particularidad, en su historicidad y en su dinamicidad. A las etapas clásicas del reconocimiento de una enfermedad, cuales son: la sintomática, la anatomopatológica, la etiopatogénica, él agrega la preliminar, o «empática», y la terminal, o «siziológica»: ambas nuevas etapas son sintéticas por excelencia, en íntima relación con los valores vitales y con la varia realidad humana; en contraste con las previas etapas, esas analíticas e inspiradas en un causalismo elementalista, hijo de una retracción de la retina apercitiva.

El concepto de empatía es de cepa extraña por completo a la ciencia, viene del campo de la estética. El esteta autor de la palabra *TITCHENER*, la define como el proceso psicológico de humanizar los objetos, de leernos o sentirnos a nosotros mismos en ellos. Es un modo subjetivo de comprensión; que se diferencia de la simpatía en que es más intelectual que afectiva; pero con frecuencia tiene la simpatía como uno de sus componentes, pues es un proceso más complicado que ésta; requiere un poder de imaginación intenso y profundo, pues aparte de las imágenes sensoriales y simbólicas, requiere la colaboración de imágenes de los estados orgánicos, de estados complicados de que el médico puede no haber tenido experiencia personal; pero que gracias a un esfuerzo adecuado puede tener la representación profunda en virtud de la experiencia hereditaria de los esbozos latentes. Tiene también la empatía un significado más amplio aquel de la «Einfühlung», y acaso más preciso que el de la intuición.

El esfuerzo de empatía que hace el médico ante un enfermo es algo más intenso, deliberado y completo de lo que hacían los viejos clínicos en el primer momento de la observación de sus pacientes, o sea lo que se llama «la impresión general». Con la empatía se trata de vivir, de sentir en sí el estado morbo del enfermo, particularmente el estado moral, que es tan importante de tener en cuenta. Me parece que un médico germano, ilustrísimo, que vivió en el siglo XVI, *PARACELSO*, es el primero en preconizar la empatía, aunque sin darle éste su nombre preciso, pues él ha encomiado el amor como el más sólido fundamento de la Medicina, el amor que enseña el arte, y fuera del cual no hay médico: «Der hoechste Grund der Arznei ist die Liebe... die Liebe ist es, die die Kunst lehrt und ausser derselbigen wird kein Arzt geboren». Este hombre genial afirmó también—lo cual confirma mi aserto de que es el precursor de la empatía médica—que lo esencial no son las piezas muertas de la anatomía, sino penetrar en la naturaleza íntima del individuo a través de su naturaleza exterior.

De la misma suerte que no hay un estado de salud en sí, abstracto, sino estados relativos a la condición de cada individuo, así también no hay enfermedades genéricas, sino individuos hamanos enfermos, siendo, por ende, cada paciente un caso único, un problema singular. Esto, sin duda, habían sospechado los antiguos; por eso es que se empeñaban obstinadamente en

no hacer curar sus enfermedades sino con el mismo médico, el médico de la familia, que conocía el «temperamento» de cada persona.

*HIPÓCRATES*, el padre de la Medicina, consideraba el organismo como un todo, advirtiendo la íntima relación recíproca de los órganos. Hoy, la nueva Medicina rejuvenece y amplifica el concepto hipocrático, gracias al conocimiento detallado de las funciones integrativas del sistema nervioso y de los órganos de secreción interna, y funda la siziología como disciplina del estudio del organismo en su conjunto, considerando la personalidad humana como una resultante de las actividades fisiológicas y psicológicas en relaciones recíprocas y en relación adaptativa con el medio ambiente. Un concepto sintético e integral del organismo, organismal, viene a completar el clásico particularismo analítico que en veces degenera en exagerado «localizacionismo», si vale el término.

Por otra parte, al gastado y esteril—cuando exclusivo—concepto anatómico, que atribuye significado cardinal a la forma, a la estructura, como algo inmutable y primario, sustituye el lozano criterio dinámico, que, a su vez es la palingenesia de la vieja idea del devenir sustentada por *HERACLITO*, y que en los últimos tiempos ha sido admirablemente formulada por *RENÁN*, quien ha escrito: «Le plus grand progrès de la réflexion moderne a été de substituer la categorie du DEVENIR á la categorie de L'ÊTRE, le mouvement á l'immobilité. Autrefois tout était considéré comme ÉTANT. Maintenant tout est considéré COMME EN VOI DE SE FAIRE». El organismo se ve como un transformador de energía, como un laboratorio de energía, esencialmente dinámico, por ende, en perpetuo cambio y modificación. Las lesiones no aparecen como irremediables y definitivas pérdidas para la economía vital del sujeto, sino como modificaciones locales pasibles de transformación o de compensación funcional por vicariamiento o hiperactivación de otros elementos del mismo organismo, que es ante todo una unidad de componentes solidarios tanto en el espacio como en el tiempo.

Y resucita otro concepto vetusto: «Vis naturae medicatrix». El organismo humano, y el organismo vivo en general, no sólo es una unidad superior de elementos o actividades coordinadas, si que también una entidad perfectamente regulada que tiende a mantener sus funciones en cierto estado de equilibrio móvil, estable a despecho de la dinamicidad de sus elementos y de las variaciones incesantes del medio ambiente; equilibrio que no es otra cosa que la salud del individuo, y que, una vez perdido por una inadaptación motivada por causas perturbadoras, procedentes directa o indirectamente del exterior, trata de reconquistarlo por todos los medios posibles en las condiciones dadas: esta tendencia reguladora de la energía, esta especie de ley de inercia en la actividad, es lo que los antiguos llamaban «vis directrix», al estado de salud, y «vis medicatrix», al estado patológico. Estos conceptos engloban, pues, la unificación, la síntesis de todas las



actividades físicas, psíquicas, vitales y mentales, que, si se estudian sólo aisladamente, no dan idea de la trabazón e integralidad del conjunto que forman. Solamente la consideración debida de los valores fisiológicos, psicológicos, sociales y las relaciones con el mundo exterior, permite comprender y poder tratar debidamente la personalidad humana, cuyas enfermedades deben ser consideradas, en general, como perturbaciones accidentales en el proceso de adaptación biológica. Y la intervención del médico no es en tal concepto semejante a la de un mecánico, un químico o un bacteriólogo, como podía creerse si no se tomase «cum grano salis» el solo criterio elementalista.

El hecho de que la persona deba ser tomada muy en consideración al hacer el estudio del enfermo y al orientar su tratamiento, implica modificaciones sustanciales en la conducta del médico. Implica, en primer lugar, un contacto más íntimo y prolongado con el paciente: ahora el médico debe ser psicólogo, muy psicólogo, para poder penetrar en la intimidad de la vida mental de su paciente, que con ello logrará también adueñarse de muchos caracteres personales del morbo orgánico, dada la íntima conexión que existe entre la ideación y la afectividad y los cambios orgánicos. Debe ser psicólogo también para saber generar en el alma del paciente los estados apropiados para favorecer la cura, o para aliviar el mal actual, pues conocida es la influencia de los estados de ánimo y de conciencia sobre el metabolismo orgánico, así como la de éste sobre aquéllos, que acabamos de indicar. Hay más, en infinidad de casos, la enfermedad, aunque tenga apariencias groseramente orgánicas, tributarias de una cura medicamentosa y aun quirúrgica, tiene su primer origen en un conflicto mental, en una desadaptación de la persona; y si en muchos casos es suficiente la curación química, física o quirúrgica, en muchos otros es insuficiente, y el paciente no cura sin la corrección de su desadaptación, sin la solución de su conflicto ideógeno o afectivo. La experiencia médico-psicológica de los últimos años ha puesto en evidencia la no sospechada frecuencia—tengo historiados algunos casos—de operaciones quirúrgicas innecesarias y contraproducentes, indicadas por haberse desadvertido el factor psicógeno causante de los síntomas pseudosomáticos. Recordemos el gran QUEVEDO:

«Mas quitar el dolor quitando el diente,  
Es quitar el dolor de la cabeza  
Cortando la cabeza que le siente.»

Es lo mismo que pasa en medicina mental: hay muchos neurópatas que pueden aliviar o sanar temporalmente gracias a una cura de reposo o de sugestión banal; pero ese no es el tratamiento causal, y por ello siempre es inseguro, y en buen número de casos absolutamente ineficaz. Es ocioso decir que hay muchas enfermedades orgánicas que no requieren esfuerzo mental ninguno de parte del médico ni adecuación psicológica y artística, por decirlo así, y que su tratamiento es de orden exclusivamente material.

En todo caso, el médico práctico debe ya ser menos

rutinario, debe apartarse del modo de pensar «grosso modo» causalista: «tal sintoma a la exploración, tal farmaco como tratamiento». El instrumento que deben manejar los médicos con mayor habilidad y frecuencia para apoderarse de la realidad mórbida de sus pacientes, no es el termómetro ni el depresor de lengua, sino el que puede abarcar al enfermo como una entidad viva y como un todo coherente: es su propia corteza cerebral convenientemente nutrida y adiestrada, como dijera el admirable clínico italiano AUGUSTO MURRI: «Io dovrei avituarmi ad usar questi strumenti cerebrali». El ideal para el médico, ideal difícil de incorporar siempre en la práctica, debe ser no dejar de conocer lo humanamente conocible en cada caso que le ofrezca la patología: deberá temer sólo a la enfermedad de no conocer lo conocible, pues

*Not know the knowable, that is sickness.*

Seguir el criterio naciente no significa, en modo alguno, desdeñar los métodos y los datos de la ciencia y del arte triunfantes, sino aprovechar, además de lo que tienen de insustituible, y ventajoso éstos, lo que ofrece el neohipocrático, por lo menos tenerlo como ideal, pues para que sea fructuoso en la práctica se requiere, en buen número de casos, colaboración y educación especial de parte del paciente y de su familia. El público, la clientela, generalmente en los países latinos, alienta muy poco al médico en su elevada y complejísima labor humanitaria, cuyos más grandes sacrificios y desvelos, con harta frecuencia, no solamente no son debidamente recompensados, sino que pasan absolutamente incomprensidos. Esto contribuye a que, como dice NIETZSCHE, en la frase del epígrafe, estemos tan lejos todavía de ver sumarse al pensamiento científico, las facultades artísticas y la sabiduría práctica de la vida, formando un sistema orgánico superior, con relación al cual el sabio, el médico, el artista y el legislador, tales como al presente los vemos, parecerían defectuosas antiguallas.

## Sobre las meningitis agudas atípicas <sup>(1)</sup>

POR

BERNARDO GIL Y ORTEGA

Admitida la naturaleza serosa de la meningitis, coexistiendo con un foco en determinada zona cerebral, ¿qué mecanismo y qué localización hemos de suponerle para que diera lugar a la anastria sin trastorno ninguno permanente de la motilidad en las diferentes vías de conducción sensitiva o motora?

Planteada en estos términos la cuestión nos lleva como por la mano a la discusión de uno de los puntos

(1) Véase el número anterior.



más controvertidos de las atribuciones funcionales de distintos órganos del cerebro, el de la localización del lenguaje articulado.

Si deseamos hacernos cargo de los sucesos históricos que prepararon la doctrina de las localizaciones cerebrales nos vemos precisados a recordar algunos antecedentes cuyo punto de partida se encuentra en los trabajos de Gall acerca de estas materias; trabajos que tuvieron una resonancia enorme y una influencia extraordinaria en aquella época en que, siendo aún muy joven, los inició.

Sus teorías puede decirse que están íntimamente enlazadas con la historia de la afasia, como se desprende de las observaciones que a la edad de nueve años hubo ya de hacer en varios compañeros de los distintos colegios en que se educó, llamándole fuertemente la atención que los estudiantes que tenían gran facilidad para aprender y decir de memoria lo que habían estudiado, tenían grandes y muy salientes los ojos (*a fleur de tete*), por lo que les apodaban *ojos de buey*, dándose el caso de que algunos de ellos no pasaban de verdaderas medianías desde el punto de vista intelectual.

Pasados ya algunos años, cuando estuve en condiciones de discurrir más formalmente sobre este hecho de observación, pensé que si la memoria tenía en el cerebro una localización representada exteriormente por los caracteres ya expresados, era lógico suponer que las demás facultades estuvieran también representadas en algún punto limitado de dicho órgano y reveladas al exterior por determinados caracteres, cuyo estudio se proponía realizar, razonamiento al que, según él, debió los primeros jalones para todas sus investigaciones, y fué la ocasión de todos sus descubrimientos.

Su sistema tuvo, por consiguiente, origen con motivo de la localización de la facultad del lenguaje, deduciéndose de las láminas de su atlas que dicha facultad se encuentra en las circunvoluciones de la cara inferior del cerebro, en la parte posterior del lóbulo orbitario que, hipertrofiado en los sujetos que tenían la facultad del lenguaje muy desarrollada, rechazaba hacia fuera la parte posterior de la órbita y daba lugar así a la propulsión del ojo (*ojo de buey*).

Suponía en las personas que tenía los ojos así conformados, un desenvolvimiento anormal también de otras facultades, en cuya enumeración no hemos de entrar, ya porque todos estos trabajos son de sobra conocidos de los lectores de EL SIGLO, y ya, porque se salen fuera del objeto que nos hemos propuesto y harían, por otra parte, demasiado difuso y hasta latoso este artículo.

Aun cuando encontró numerosos y muy notables contradictores (Cuvier, Cruveilhier, Flourens, etcétera), hay que convenir en que su sistema gozó durante un largo período, que no bajaría de treinta años, de una boga extraordinaria, que no pudieron contrarrestar, a pesar de su oposición, los sabios que acabamos de citar.

Así las cosas, llegó el año de 1861, en cuya época,

aunque su sistema había sido en gran parte abandonado; conservaba aún Gall una influencia extraordinaria, y Broca, sobre cuyo espíritu en relación con estas materias había ejercido también una influencia de la que todavía no había podido desentenderse, impresionado por dos autopsias verificadas por él en Bicetre, de cuyas salas de Cirugía había sido encargado poco tiempo hacía, en las que en dos individuos que en vida fueron reconocidos por varios médicos como verdaderos tipos de afásicos; encontró lesiones que creyó limitadas a la tercera circunvolución frontal izquierda; pronunció en la sesión de 21 de marzo de dicho año un notabilísimo discurso en el que demostró una superioridad incontestable sobre todos los hombres de su tiempo, y se atrevió a formular la siguiente pregunta: ¿Las diversas partes del cerebro que sirven al pensamiento tienen las mismas atribuciones?

Nosotros, añadió, no podemos hacer sobre el particular más que suposiciones; pero sabemos al menos que todas las partes del cerebro propiamente dicho, no tienen las mismas atribuciones que el conjunto de las circunvoluciones no constituye un solo órgano, y que hay en el cerebro grandes regiones distintas que corresponden a las grandes regiones del espíritu.

La publicación de casos análogos procedentes de distintos servicios, y muy especialmente del de Charcot en la Salpêtrière del que Proce había sido nombrado también poco tiempo antes cirujano; ejercieron sobre su espíritu extraordinaria influencia e hicieron que se fueran consolidando en él la idea de que la lesión encontrada y descrita por él en el pie de la tercera circunvolución frontal en sus dos autopsiados era la de la afasia.

Claro es que no faltaron contradictores de valía a esta conclusión, siendo uno de los que más ruda oposición la hicieron Charcot, que en una carta dirigida al director de la «Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie», refiera la observación de un afásico de su servicio, cuya autopsia fué hecha por Cornil en presencia de Broca, en la que se encontraron absolutamente intactos la tercera frontal y los lóbulos anteriores, y destruida por reblandecimiento la primera temporal, el pie de la segunda, las dos circunvoluciones posteriores de la ínsula, la cápsula externa y el núcleo lenticular e interesado, el girus supramarginalis y el pliegue curso.

Esta observación hizo vacilar a Broca, que llegó a preguntarse si no debería modificar su fórmula, y si en vez de estar localizada exclusivamente la facultad del lenguaje articulado en la tercera circunvolución frontal, no se extendería también a la circunvolución parietal externa que se continúa directamente con ella; pero llegó el año de 1870, y en vista de los experimentos de Hitzig, Fritsch, Fenier y Yeo y tantos otros fisiólogos que demostraron que existen en el cerebro de los animales y del hombre zonas directamente excitables, respondiendo a las irritaciones por movimientos claramente diferenciados la teoría de las localizaciones cerebrales; se afirma de tal manera que la loca



lización proclamada por Broca, fué considerada como un dogma, hasta el punto de que Charcot, con la inmensa autoridad que ya entonces tenía y olvidade, sin duda de lo que había publicado en la «Gazette hebdomadaire», se atrevió a decir en «Le Progrés Medical», de 1883, lo siguiente: «Comme Broadbent, je n'ai jamais rencontré de véritables infractions à la loi de Broca, et comme lui je croie qu'aucun des cas présentés comme infirmatifs ne soutient un examen sérieux.»

Parecía ya definitivamente establecida dicha doctrina, o, al menos, no se la había vuelto a hacer una oposición seria y razonada, cuando en 1906 Pierre Marie en una serie de artículos que publicó bajo el epígrafe «Revisión de la question de l'aphasie», pretendió probar, y en nuestro concepto creemos que lo consiguió, que la doctrina de la afasia de Broca estaba fundada en hechos mal observados y peor interpretados en oposición con la clínica y con la anatomía patológica.

Pero antes de exponer las razones en que él se fundó para combatir una doctrina que parecía inconvencible, procede que demos una sumaria idea de cómo él entendía las diferentes formas de afasia para poder discutir después nuestro caso y llegar a la conclusión que proceda, sirviéndonos de guía sus definiciones.

Empecemos por la afasia de Wernicke o afasia sensorial.

Es sabido, que éste colocó el sitio de la sordera verbal en la parte posterior de la primera circunvolución temporal, sin otro motivo que el conocimiento del trayecto de las vías acústicas, fundado en la descripción que de él había hecho el anatómico austriaco Meynert.

Para P. Marie, no existe dicha sordera, y la falta de comprensión del lenguaje hablado por parte de los afásicos de Wernicke, la atribuye a un déficit intelectual más o menos graduado que se revela por una porción de pruebas de las que no hemos de ocuparnos, porque no sería pertinente.

Admite un centro intelectual que localiza en el territorio llamado de Wernicke, constituido por el pie de las dos primeras circunvoluciones temporales, el pliegue curvo y el gyrus supramarginalis, y a la lesión de este territorio es debida la decadencia intelectual, en virtud de la que los afásicos de este grupo, no comprenden o comprenden mal lo que se les dice cuando se trata de frases un poco complicadas y tienen dificultad o imposibilidad de leer y escribir.

Lo que caracteriza, por tanto, según Marie la afasia de Wernicke, es que los enfermos pueden hablar, a veces hablan demasiado, pero hablan mal (jarganofasia, parafasia); comprenden mal lo que se les dice, no por consecuencia de la llamada sordera para las imágenes auditivas verbales, sino por consecuencia del déficit intelectual en virtud del que tampoco pueden leer y escribir.

En la anartria, que puede ser absoluta o simplemente una disartria acentuada y en la que se trata siempre de una lesión en foco, la palabra del enfermo es nula o casi nula o por lo menos incomprensible, pudiendo-

se confundir por lo que hace a este síntoma, con la afasia de Broca, según veremos, pero hay entre los dos síndromes, caracteres diferenciales que no permiten confundirlas.

Los anártricos en contraposición a los afásicos, comprenden con facilidad lo que se les dice aun cuando se trate de frases complicadas; pueden leer y escribir, y aún son capaces de indicar por signos de cuantas sílabas o letras se componen las palabras que les es imposible articular.

En cuanto a su localización, hay verdadera unanimidad y todo el mundo está de acuerdo en localizar su lesión en la región y en las inmediaciones del núcleo lenticular, ya en el núcleo mismo, ya en la parte anterior y la rodilla de la cápsula interna, o ya en la cápsula externa.

Una circunstancia muy digna de tenerse en cuenta y sobre la que volveremos al discutir el sitio de la lesión que produjo la anartria en el caso objeto de este trabajo, es la de que dicha lesión no pertenece exclusivamente al hemisferio izquierdo, sino que puede también producirse en el hemisferio derecho al nivel de la zona del núcleo lenticular, diferencia que la separa de la afasia que pertenece exclusivamente al hemisferio izquierdo, en virtud de la que la anartria puede presentar una tendencia espontánea a la curación o al alivio por suplencia del hemisferio sano, mientras que la afasia cuando es intensa no tiene tendencia a desaparecer porque no es posible la suplencia.

Claro está que si la lesión fuese doble y afectara a la zona lenticular de los dos hemisferios, faltando la suplencia, no tendría tendencia a desaparecer la anartria.

En la afasia llamada de Broca, los enfermos comprenden mal lo que se les dice y no pueden leer y escribir, presentando por tanto un aspecto clínico muy análogo en ese sentido al de la afasia de Wernicke, con la diferencia capital de que así como en la afasia de Wernicke los enfermos hablan o pueden hablar, en la de Broca no puede hablar. Si, pues, la afasia de Broca equivale a la de Wernicke más la anartria, las lesiones que le dan origen estarán localizadas en la zona de Wernicke o en las fibras blancas que de ella emanan, y en la zona o la vecindad del núcleo lenticular.

Hemos dicho que la afasia de Broca a pesar de la oposición que la hicieron una porción de médicos de los más eminentes de la época, por razones de que ya nos hemos ocupado, reinó casi despóticamente por espacio de treinta o más años, y que no fué combatida de una manera fundamental hasta que P. Marie en una serie de artículos que publicó el año 1906 bajo el epígrafe «Revisión de la question de l'aphasie», emprendió seriamente la tarea de colocar las cosas en su punto, valorando los casos en que Broca fundó su doctrina de la localización de la afasia en el pie de la tercera circunvolución frontal izquierda, y fundamentando sus juicios en la observación directa de los hechos, sirviéndole de guía la observación clínica y la anatomía patológica.



Los argumentos que aduce contra la localización de la afasia de Broca son los siguientes:

1.º Existen casos en los cuales, tratándose de individuos derechos, no va seguida de afasia la destrucción aislada del pie de la tercera circunvolución frontal izquierda, y cita en comprobación autopsias hechas en su servicio de Bicêtre y en otros servicios, en las que pudo verse de una manera evidente la lesión de la tercera frontal izquierda, a pesar de lo que los enfermos, que eran derechos, no habían presentado ningún trastorno de la palabra.

(Concluirá.)

## TRATAMIENTO

### de algunas ginecopatías por la fototerapia <sup>(1)</sup>

Conferencia dada en la Real Academia Nacional de Medicina por el doctor D. Sebastián Recasens, el día 17 de marzo de 1920

En lo referente a la craurosis, no tenemos más que un caso de observación personal: una enferma con retracciones cicatriciales submucosas que caracterizan el proceso patológico de la craurosis, fué tratada por medio de la luz ultravioleta y el proceso se detuvo en su evolución y aun puede afirmarse que disminuyó algo la tirantez de las partes que existía antes del tratamiento.

En las erosiones del cuello del útero, la luz de la lámpara de Kromayer, nos ha proporcionado efectos curativos verdaderamente notables.

Ha pasado por completo la época en que a diario se practicaban las escisiones de la mucosa cervical, la amputación del cuello del útero por procesos de esta naturaleza; pero aun cuando se practiquen muy pocas veces relativamente estas pequeñas operaciones sobre el cuello del útero, no por eso dejamos de reconocer la extrema rebeldía que en muchas ocasiones ofrecen a la curación estas pseudoúlceras cervicales.

Pues bien: son muchos los casos de erosiones rebeldes a todos los tratamientos tópicos que hemos tenido ocasión de tratar por la radiación actínica con resultados verdaderamente notables, no ya solamente las que pertenecen a la categoría de la cervicitis simple y aun algunas de forma papilar vegetante, han sido influidas tan favorablemente por la luz ultravioleta, que la curación ha aparecido después de algunas aplicaciones de luz.

Recordamos a este propósito una enferma que un eminente ginecólogo de esta capital diagnosticó de carcinoma por el aspecto eflorescente de una erosión cervical, que fué tratada por la luz ultravioleta, pensar anteriormente en la necesidad de practicar

con un éxito tan completo, que con seis sesiones desapareció el proceso pseudoulceroso que hacía una histerectomía. El examen histológico de un trozo de mucosa erosionada, nos indujo al diagnóstico de cervicitis tuberculosa, porque si bien no encontramos el bacilo de Koch, existían las células gigantes características de los procesos bacilares.

La rápida curación de esta enferma causó la admiración de su familia, que vió desaparecer por un medio tan sencillo cual es la fototerapia, una enfermedad que le había hecho pensar en una operación de tanta importancia cual es la extirpación del útero.

Efectos curativos evidentes hemos tenido también ocasión de observar con ese medio de tratamiento en procesos gonorróicos crónicos.

Todos los ginecólogos han tenido ocasión de tratar procesos de esta naturaleza, rebeldes a toda clase de tratamientos, así antisépticos como cáusticos, en los que la paciencia de la enferma y del ginecólogo se pone algunas veces comparativamente a prueba. Pues algunos casos de esa naturaleza hemos tenido ocasión de curar completamente por la acción de la luz ultravioleta.

Siendo importantes las indicaciones de tratamiento local que acabamos de exponer, poco significaría este medio terapéutico, si sólo tuviera que cumplir indicaciones de esta naturaleza. Su acción extiéndose mucho más allá, no sólo del tratamiento local, sino como tratamiento general; es decir, haciendo actuar en toda la superficie del cuerpo las radiaciones de onda muy corta.

Entre las enfermedades que por medio de los baños generales de luz debemos tratar dentro de nuestra especialidad ginecológica, hállase la peritonitis tuberculosa de origen genital.

La localización de la tuberculosis en la gran serosa abdominal en las mujeres, obedece en la inmensa mayoría de los casos, a una generalización de un proceso físico primitivamente genital.

Una de las mayores conquistas que ha hecho la Helioterapia y la luz de la lámpara de cuarzo, ha sido la de sustraer de muchas intervenciones operatorias a procesos tuberculosos genitoperitoneales.

No quiere esto significar que no sea preciso en algunas ocasiones, principalmente en las formas ascíticas muy exageradas, practicar la abertura abdominal para hacer cesar rápidamente los fenómenos de comprensión, que tanto afectan el buen funcionamiento general, base primera de la defensa orgánica.

Después de la evacuación del líquido ascítico, el corazón funciona más libremente, la respiración es más profunda, el pulso se hace más tenso; y todo ello significa una buena preparación para una defensa orgánica.

El baño de luz repetido y metódicamente dado, es el coadyuvante más eficaz de tratamiento.

En las formas de peritonitis tuberculosas no ascíticas, la intervención operatoria no tiene justifica-

(1) Véase el número anterior.



ción y obtiéndose excelentes resultados con solo el tratamiento actínico.

Los resultados curativos que en esta enfermedad se alcanzan, no hay que atribuirlos a la acción local sino a la que se produce sobre la totalidad del organismo en que se despiertan potencias defensivas que sirven para combatir la propagación y actuación de los bacilos de Koch.

El mecanismo de la curación seguramente es múltiple y a él contribuirán los distintos factores de que hemos hablado al comienzo de esta conferencia.

La rapidez de las oxidaciones o la influencia que en los procesos de asimilación y desasimilación tienen los baños generales de luz, seguramente son los factores que más contribuyen a la curación de este proceso.

Freudenthal dice que en el piosalpins ha obtenido resultados favorables con los baños generales de luz; nosotros no tenemos experiencia personal sobre este punto determinado, pero dudamos del efecto curativo total, aun cuando aceptamos que por la actuación de las defensas orgánicas desaparezcan muchos de los síntomas dolorosos que acompañan a esta enfermedad en el período de su desarrollo.

Una enfermedad de la que no hemos leído absolutamente nada por lo que se refiere a fototerapia, y en la que tenemos algunos casos de influencia altamente favorable, es en la forma indurada del flemón del ligamento ancho.

El tipo de esta inflamación parametral que no da muchas veces esperanza alguna de ir a la curación ni a la formación de un acceso que por abrirse al exterior pueda significar la terminación de la enfermedad, en estos casos en que se producen masas de tejidos lardaceos, verdaderas induraciones que en algunos casos tienen en su centro alguna pequeña retención de pus, en estos casos de induración, los efectos de los baños generales de luz o la Helioterapia, han producido resultados verdaderamente notables.

El mecanismo de la curación de este proceso, ha sido el despertar una cantidad de defensas orgánicas que han modificado el curso crónico del proceso llevándole a la resolución.

No es el baño de sol el que produce directamente la resolución del proceso de inflamación indurada, sino que la activación de las fuerzas orgánicas determina una mayor rapidez nutritiva y la reacción contra el proceso que está dormitando meses y meses en la región pelviana, se produce sin más que una mejoría notable del estado general.

Pasa en estos procesos indurados del ligamento ancho, lo mismo que ocurre con el tumor blanco de la rodilla y con el coxartrocace.

En un tiempo sólo se fiaba en el bisturí para hacer desaparecer aquella capa de tejido lardáceo que envolvía el coxartrocace cuya naturaleza es tuberculosa.

La Helioterapia ha venido a demostrar la posibili-

dad de la resolución sin que el bisturí intervenga para nada; teniendo en cuenta la similitud de proceso que entre estos articulares y los parametrales existe, sobre todo en la forma llamada de induración, no es de extrañar que encontremos los efectos curativos de que damos cuenta.

La acción general del levantamiento de energías el aumento de tono general del organismo, es base de una actuación directa sobre las oxidaciones orgánicas y de una activación de las funciones metabólicas que conducen de modo indirecto a la curación de la acción local.

La helioterapia, y en su sustitución la luz de la lámpara de cuarzo, ha sido utilizada también para combatir ciertos estados amenorréicos. Claro es que la amenorrea que puede ser curada por este medio, no es con seguridad la que obedece a alteraciones orgánicas destructivas o atróficas, sino a amenorreas funcionales, aquellas que sobrevienen después de una fuerte impresión, de un susto, de un disgusto grande, que no tienen más explicación que la palabra vaga de amenorreas de acción nerviosa y que probablemente dependen de alteración de las funciones endocrinas.

Precisamente por estar influidas las glándulas de secreción interna por las radiaciones actínicas, es por lo que tal vez tenga una explicación aceptable la curación que en algunos casos se observa de estos estados amenorreicos.

Hemos dicho ya que desde la época de Riely, se ha utilizado la helioterapia en el tratamiento de estados menorragícos y respecto a esto hemos de hacer la salvedad de que no se puede hablar de indicaciones de este medio terapéutico, sin antes establecer un diagnóstico previo de la causa de las pérdidas de sangre.

Pensar que la hemorragia debida a un pólipo, a un carcinoma, a un sarcoma u a otra neoplasia de esta naturaleza; ha de ser curada por la acción del baño de luz, es desviarse del terreno recto de las indicaciones. Pero existen una cantidad de hemorragias uterinas, ya con el nombre de hemorragias ováricas o hemorragias metropáticas, en las que una lesión orgánica bien determinada no se encuentra, observando solamente un proceso congestivo de la región pelviana; y esos estados pueden ser muy favorablemente influidos por la acción del baño de luz y aun en algunas ocasiones, sirven como definitivos elementos de curación.

La naturaleza de esta conferencia y el temor de cansar al auditorio, me hacen terminar en este punto mi disertación, insistiendo en la afirmación de que si bien la operatoria presenta todavía una multitud de indicaciones que, desgraciadamente, no se pueden aún suprimir, los progresos que en este sentido va realizando la ciencia ginecológica, son los que han de constituir su más positivo progreso, basados en el hecho de curar sin operar; curar sin mutilar.



## REVISTA BIBLIOGRÁFICA

POR

JOSE R. CARRACIDO

Catedrático de Química biológica en la Universidad de Madrid

El profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lila, E. Lambling, ha publicado recientemente la segunda edición del libro que, con gran modestia, titula «Compendio de Bioquímica» (1), en la cual, perfecciona y amplía el contenido de la primera, incluyendo hechos y exponiendo juicios que reflejan el estado novísimo del conocimiento científico.

Los libros de química biológica, para satisfacer necesidades didácticas, suelen ser un conjunto en que se asocian a la doctrina genuinamente bioquímica cuestiones de Química orgánica y procedimientos de la Tecnología analítica. Contra esta tradicional y obligada miscelánea se levanta el profesor Lambling, componiendo con rigor severamente lógico su libro, en el que, atento tan sólo a la constitución y a las transformaciones de la materia viva, desde el grado elemental de la célula autónoma hasta el supremo de los organismos más complejos, desarrolla los procesos químicos generadores y derivados de los procesos fisiológicos. Es el libro, objeto de esta reseña, un afortunado intento de revelar el mecanismo íntimo de los varios actos vitales por los procesos químicos que correlativa y solidariamente con aquellos tienen su curso en el seno de la materia organizada, justificando la compenetración de lo químico y lo fisiológico que el autor denomina a su obra «Bioquímica».

Siendo muy conocida en España y con el merecido aprecio la primera edición nada he de decir del plan y de aquellos capítulos tan importantes como los dedicados al estudio de la acción fisiológica de las materias protéicas, de los hidratos de carbono, de las sustancias minerales y otros que subsisten en la segunda, pero si he de indicar que otros han sido reformados y algunos nuevamente redactados para que el libro en el momento de su publicación fuese la última palabra de los conocimientos bioquímicos.

Como testimonio de sus muchas novedades, deben citarse en particular el estado coloidal, la hidrólisis progresiva de los ácidos nucleicos, lo específico de los tejidos respecto a su constitución química, la formación de los cálculos biliares, el paso de los alimentos al medio interno, la composición de las heces, el relativo valor alimenticio de los albuminoides, el papel nutritivo de algunos ácidos aminados y su degradación, la gota, la producción de glucosa a partir de los proteicos, la diabetes, el metabolismo de las grasas, la significación fisiológica de la acidez urinaria, los sedimentos formados por los ácidos úrico y oxálico, el po-

der calorífico de la orina, el problema de las vitaminas, el gasto energético del trabajo glandular y del crecimiento y reparación del organismo, pudiendo prolongar todavía más esta enumeración, pero basten los asuntos expresados para que el interés de conocer y estudiar tan substancioso libro sea muy grande en el espíritu de quienes anhelan penetrar en lo más íntimo de la Biología.

Para conocer el estado actual de los problemas que ordenadamente y en conexión sistemática aborda el Sr. E. Lambling en su «Compendio de Bioquímica» es menester buscar multitud de monografías en gran número de Revistas de diferentes países, y este precioso y copioso material está íntegro formando cuerpo de doctrina en la nueva edición del libro del reputado profesor de la Universidad de Lila. No conozco entre los libros de su género otro de mayor «densidad científica» por su mucha doctrina en reducido volumen, sin menoscabo de la claridad en la exposición. Es un libro que conceptúo indispensable en la Biblioteca del médico y del naturalista.

## Periódicos médicos

## BIOLOGIA

## EN LENGUA EXTRANJERA

1. La dosificación del fermento proteolítico en el jugo de los tumores y en el suero de los cancerosos, por Loeper, G. Faroy y J. Tonnet.—Los tejidos cancerosos son muy ricos en cuerpos abiuréticos y poseen una gran actividad proteolítica, debido, sin duda, a la presencia de un fermento, que si bien hasta ahora no es de naturaleza bien determinada, parece vecino a la erepsina. Para medir la actividad de este fermento, han procedido los autores del modo siguiente: se prepara una solución de peptona al 2 por 100; un centímetro cúbico de suero del enfermo; dos c. c. de extracto del tumor desecado en el vacío, en glicerina. La solución de peptona se mezcla con las cantidades indicadas de suero de un canceroso por una parte y con el extracto de tumor por otra, dejando las mezclas en estufa veinticuatro a cuarenta y ocho horas. Después se dosifican los amino-ácidos por el método del formol. Los resultados obtenidos por los autores demuestran que el fermento que transforma las peptonas en amino-ácidos, existe en cantidad apreciable y más abundante en el tumor del estómago que en el de la mama; y aún más abundante que en los tumores, lo es en la sangre.—(*Le Progrès Medical*, núm. 30, 24 julio 1920).—E. Luengo.

2. Nota preliminar sobre un nuevo método para el diagnóstico clínico de los estados tóxicos del tiroi-des, por William N. Berkeley, con una nota sobre la técnica serológica, por John Koopman.—Si la secreción tiroidea aparece en la sangre en la forma protei-

(1) *Précis de Biochimie* par E. Lambling 2.<sup>a</sup> édition revue et augmentée, 1 vol. en 8.<sup>o</sup>, de XXVI, 708 págs. Masson et Cie. editores.



ca, podrá reconocerse y, además, dosificarse por una reacción de fijación del complemento. El A. ha llevado a cabo repetidas veces el siguiente experimento con objeto de confirmar esta suposición. Una oveja fué inmunizada por medio de inyecciones sucesivas de una emulsión salina de tiroides de perro. Empleando la inyección como antígeno, pudo demostrarse un anticuerpo abundante en el suero de la oveja, a las pocas inyecciones. Pero en cambio no sucedió lo mismo cuando se empleó el suero de perro normal como antígeno. Esto parece probar, o bien que la secreción tiroidea no existe en el suero, por lo menos, en la forma proteica, o que si existe, es en tan pequeña cantidad que no se aprecia por la fijación del complemento. Mas cuando la química de la glándula tiroides está materialmente alterada como en el bocio exoftálmico, las toxinas tiroideas (suponiendo que existan estos cuerpos) pueden ser estudiadas por la fijación del complemento. Después de varios fracasos con diversos antígenos preparados con bocíos, etc., observó casualmente Koopman, que con los preparados con tiroides normal de perro, los sueros de enfermos de mal de Basedow fijaban poderosamente el complemento, y no lo fijaban frente a cualquier otro órgano de perro. Empleando el tiroides de perro como antígeno, se ha practicado la reacción en más de 175 enfermos de los que 40 eran sospechosos de positiva discrasia tiroidea. De los 40, 18 eran clínicamente, enfermedad de Graves indudable, 2 también lo eran, pero solo probablemente, 10, eran dudosos y otros 10 probablemente no eran de enfermedad de Graves. Todos los casos indudables y los probables, dieron reacción positiva; seis de los diez dudosos, también la dieron; los diez no probables, dieron todos reacción negativa. Como testigos, otros 135 enfermos de otras enfermedades, dieron todos reacción negativa, menos uno que presentaba una lesión terciaria de la piel, con Wassermann también positivo. Entre estos enfermos testigos, había unos 20 con bocio-fibro-quístico; otros con enfermedades agudas comunes (no infecciosas). Esta nueva aplicación de la fijación del complemento puede ser de valor para el diagnóstico clínico de gran número de casos, actualmente muy confusos (casos iniciales de alteraciones de la secreción tiroidea o, por el contrario, muy avanzados neurosis cardíacas anómalas, tumores del tiroides sin síntomas claros de intoxicación tiroidea, etc.); además será útil para establecer el tratamiento adecuado al estado del paciente y, por último, esta reacción puede arrojar luz considerable sobre la etiología de los tumores celulares en general. Como explicación de esta fijación del complemento en presencia del antígeno de tiroides normal de perro, puede aventurarse la hipótesis de que el tiroides de este animal contiene una substancia, o grupo de substancias, naturales en el perro, pero tóxicas para el hombre; el autor propone el nombre de *cinotirotoxina* para esta substancia. La técnica serológica de Koopman, es como sigue: el antígeno conviene prepararlo con mezcla de glándulas de cinco o seis perros, obtenidas lo más pronto posible y en condiciones asépticas después de la muerte

de los animales; se pican finamente las glándulas y se trituran en un mortero con una cantidad cualquiera de arena lavada y estéril y cloruro sódico en la proporción de un decígramo por cada gramo de glándula, añadiendo unas gotas de solución acuosa de tricresol al 2 por 100 a cada diez gramos de tiroides. Esta mezcla se tapa y deja en helera. Para emplearla se ponen 10 c. c. de agua destilada y un gramo de la cantidad original de glándula; la arena y la materia sólida se separan por centrifugación. Para la prueba se emplean cantidades constantes de suero, nunca mayores que la cuarta parte de la menor dosis anticomplementaria y varias cantidades de antígeno, empezando por un exceso y terminando por la menor cantidad que pueda esperarse dar fijación; al mismo tiempo se ponen testigos de las dosis de antígeno empleadas. La fijación tiene lugar al cabo de cuatro a seis horas en la helera. (*Medical Record*, vol. 97, núm. 25, 19 junio 1920).—*E. Luengo*.

## CIRUGÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. De las heridas de la rodilla en la guerra, por **A. Brenner**.—Las conclusiones a que llega el autor de este trabajo, fundado en el estudio de 57 casos de heridas por proyectiles de diversas clases, son las siguientes:

1.<sup>a</sup> Desde el principio del tratamiento conviene clasificar las lesiones en hemartrosis, empiemas y flemones capsulares.

2.<sup>a</sup> En toda herida de la articulación conviene colocar lo más pronto posible un vendaje que la inmovilice.

3.<sup>a</sup> En toda herida articular abierta, grande o pequeña, cuando hay fundado motivo para sospechar que está infestada, se opera lo más pronto posible. La intervención consistirá en excisión del trayecto del proyectil, extracción de éste, de las esquirlas, de los trozos de ropa, etc., y, si es preciso, resección parcial.

4.<sup>a</sup> Si la cavidad articular se presenta abierta, debe ser desinfectada; el fenol alcanforado no ofrece para esto ventajas especiales sobre los demás desinfectantes.

5.<sup>a</sup> De la reconstrucción de la cavidad capsular por sutura y replección sólo puede esperarse buen resultado en la hemartrosis y en la sinovitis serosa.

6.<sup>a</sup> En los casos de empiema se ensayará el drenado de la articulación,

7.<sup>a</sup> Si la infección progresa y aparece el flemón de la cápsula, el drenado es insuficiente; hay, pues, que poner al descubierto y extirpar las porciones de cápsula y de ligamentos afectadas. Cuando hay flemón de la cápsula y destrucción del cuerpo articular, se practicará la resección o la amputación, según sea el estado general del paciente. Las pequeñas intervenciones que requieren ser completadas más tarde por otra



operación, debido al estado séptico del paciente, dan malos resultados.—(*Wiener Med. Woch.*, 5 agosto 1920).—L. P.

## 2. Acerca de las génesis de los cuerpos extraños en las articulaciones, por el Dr. G. Axhausen.—

Dos teorías reinan acerca del modo de producirse estos cuerpos extraños: la de Barth, que admite el arrancamiento en el momento del traumatismo, y la de Koenig, que supone un trabajo activo de las partes óseas inmediatas a la que se desprendió, y en virtud del cual se diseca el cuerpo que luego ha de ser extraño. Antes se encontraba el autor dispuesto a aceptar la teoría de Barth, y si bien no creía que tales cuerpos se desprendían por arrancamiento, como quiere éste, sino por choque directo de las superficies indefensas del fémur, y de la rótula una contra otra, por golpes recibidos de delante o de delante y un lado, si era partidario de que el traumatismo era la causa inmediata de que se ocasionase el desprendimiento. Se apoya Barth en que hay casos en los que se encuentra el cuerpo extraño inmediatamente después del traumatismo, pero esto puede significar que en la articulación había una porción ósea en vías de desprenderse y el traumatismo ha contribuido como factor mecánico a favorecer este desprendimiento. El estudio histórico de algunos casos que el autor refiere dan buena prueba de ello. Ya últimamente Barth, que iba evolucionando en su modo de pensar, aproximándose al de Koenig, admitía, si, una predisposición a desprenderse por parte del fragmento que luego se convertía en cuerpo extraño, pero esta predisposición, en vez de atribuirle a un proceso disecante de las partes circundantes, la atribuía a lesiones sufridas por traumatismos anteriores. Este proceso disecante le ha estudiado muy bien el autor, y de sus trabajos ha sacado en consecuencia que al paso que en toda otra región del cuerpo una alteración traumática del sistema óseo, cuando ocasiona solución de continuidad se repara por un proceso de reabsorción y aposición que tiene lugar en las partes inmediatas, en las superficies auriculares cubiertas de cartílago tiene lugar la reabsorción, pero falta la aposición, y una vez que está minado todo el contorno de un fragmento, basta que esté colocado en una superficie muy movable y expuesta a roces y traumatismos para que se desprenda fácilmente. Respecto a otro asunto, ¿cuál es la causa primordial de la disección? Barth cree que un traumatismo; pero es el caso que este proceso muchas veces es bilateral, lo que concuerda mal con esta etiología. Se ha pensado en una especie de necrosis; decimos especie porque el proceso no es de ningún modo idéntico, debida a la oclusión por embolia de una arteria terminal; esta teoría no ha resistido los embates de la crítica. Axhausen advierte que le ha llamado la atención la analogía que existe entre las radiografías de los períodos preliminares de los cuerpos extraños

(es decir, la época en que se está desarrollando el proceso disecante antes del desprendimiento) y las tuberculosis articulares. Esta analogía se refiere particularmente a la localización y a la forma. Sospecha el autor por este motivo que pueda tratarse de una embolia ocasionada por material necrótico tuberculoso en el que se encontrasen pocos bacilos, de modo que las defensas orgánicas acabasen con ellos.—(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 22 de julio de 1920.)

## 3. Dislocaciones astrágalo-escafoideas del pie, por Arch F. O'Donoghue.—

El autor publica cinco observaciones de este accidente y sienta las siguientes conclusiones: 1.<sup>a</sup>, las dislocaciones astrágalo-escafoideas, se producen ordinariamente cuando el pie está en supinación y en flexión plantar. 2.<sup>a</sup>, los signos físicos más importantes de la dislocación de la articulación escafo-astragalina, son la facilidad de palpar la cabeza del astrágalo y la prominencia que forma el escafoide, junto con la existencia de una depresión en sus proximidades. 3.<sup>a</sup>, para lograr una reducción satisfactoria, está indicado de ordinario la operación cruenta. 4.<sup>a</sup>, en los casos de más de dos semanas de fecha, es con frecuencia necesario la resección de la cabeza del astrágalo. (*The Journal of Orthædic Surgery*, vol. XVIII, núm. 6, junio 1920).—E. Luengo.

## 4. Genu recurvatum en las heridas de guerra, por F. Masmonteil.—

Bajo esta denominación, reúne el autor todos los casos de flexión de la pierna hacia adelante, ya se produzca la flexión a nivel de la rodilla, o a nivel de un foco de fractura en la tibia o en el fémur. *Etiología.* El genu recurvatum es bastante frecuente, después de los traumatismos que produzcan fracturas del fémur, de los dos huesos de la pierna, sobre todo del tercio superior; además como consecuencia de la resección de la cadera y en los heridos que hayan permanecido durante largo tiempo en el lecho. Existe además un genu recurvatum espontáneo a consecuencia de lesiones óseas (raquitismo, osteomalasia, acondroplasia); de lesiones nerviosas (parálisis infantil, tabes); de lesiones articulares de la cadera (coxa vara, luxación congénita); pero en todos los casos, el origen es puramente mecánico. Las lesiones *anatómo-patológicas*, han podido ser estudiadas con ayuda de los Rayos X, y pueden ser óseas, articulares o bien ósteo-articulares. Su patogenia es muy variada, según los casos y el tratamiento también varía. Las conclusiones prácticas que se deducen de este trabajo, son, por una parte, la necesidad de inmovilizar la rodilla en flexión en las fracturas para articulares; y por otra, la inocuidad absoluta de la extensión continua. Como tratamiento quirúrgico, la operación lógica consiste en hacer una ostestomía al nivel del foco de fractura, viciosamente consolidado, reducir el desplaza-



miento óseo y dejar consolidar el miembro en buenas condiciones. Como medio preventivo, hay que cuidar ante todo de la consolidación regular de las fracturas. En los casos de genu recurvatum, sin lesión ósea, por laxitud articular pura, se logra la curación espontáneamente por la marcha, o si acaso, se puede aconsejar el masaje y la electricidad. En los casos rebeldes, se podrá inmovilizar la rodilla en flexión durante algunas semanas, pudiendo así retraerse la parte posterior de la cápsula relajada.—(*Gazette des Hopitaux*, núm. 58, 29 de junio 1920).—*E. Luengo*.

## APARATO RESPIRATORIO

### EN LENGUA EXTRANJERA

**I. Un caso de infección anerobia tras herida pulmonar, por L. Schönbauer.**—El 27 de febrero último, llegó a la clínica un hombre de veinte años, que un cuarto de hora antes había recibido un tiro en el pecho.

Dos traveses de dedo por debajo del pezón mamilar izquierdo se veía el orificio de entrada, con los caracteres de disparo a corta distancia; la bala se había incrustado en el cuerpo de la séptima vértebra dorsal, según se comprobó por radioscopia. Desde luego se pensó en la posibilidad de herida del corazón. Había hemotórax izquierdo, desde el ángulo escapular hacia abajo, y en la región mamaria izquierda neumotórax, en una zona como la palma de la mano. No existían hemotisis ni enfisema cutáneo. La macidez cardíaca se extendía hacia la derecha, pero no se hallaba ensanchada la zona maciza, indicio de que no había herida cardíaca; la punta del corazón latía en el borde derecho del esternón. Disnea moderada, 120 pulsaciones pulso pequeño y depresible. Sutura de la herida, y morfina.

Al día siguiente el hemotórax y la disnea han aumentado: 150 pulsaciones, temperatura 38°5. Punción en la línea axilar anterior izquierda y extracción de 100 c. c. de sangre, que se analiza enseguida.

Al otro día, en el sitio de la punción, en una zona como la palma de la mano, se presentan coloración cobriza y crepitación de gases. Hemotórax y disnea aún mayores; 200 pulsaciones; descenso térmico, que hace temer el colapso. Extracción de 200 c. c. de sangre; para acelerar lo posible la coagulación de esta inyección en la cavidad pleural de 50 c. c. de suero de caballo; en inyección intramuscular se habían administrado antes 50 c. c. de galatina excitantes. Disminuye la disnea y el pulso baja a 150.

Al siguiente día se ha hecho más oscura la coloración de la placa rojiza, pero ésta se ha extendido hasta la pelvis, donde presenta ahora color rojo de cobre y crepitación gaseosa; no ha aumentado el hemotórax; extracción de 200 c. c. de sangre.

Al otro día el estado del paciente ha mejorado algo;

toracotomía en el séptimo espacio intercostal. La placa rojiza se extiende hasta la mitad del muslo izquierdo; en el sitio por donde empezó, la piel va adquiriendo la coloración normal.

Cuatro días más tarde resección de la octava costilla y vaciado completo del hemotórax infestado; drenaje. El 14 de abril, como hubiera vuelto a ascender la fiebre, resección de la novena costilla y vaciado de un absceso intrapleural, curación.

El cultivo de la sangre demostró la presencia de un microbio aéreo del tipo del de Fraenkel y de diferentes cocos y bacilos.

Más que de un verdadero flemon gaseoso, opina el autor que se trató de producción de gases en un flemon, debida a una infección mixta, en la que tomaron gran parte bacilos acrobios; quizás por ser éstos poco virulentos no pudieron proliferar bien al lado de los otros cocos y bacilos. (*Wiener Klin. Woch.*, 5 agosto 1920).—*L. P.*

## DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**I. Acerca de la técnica de las inyecciones intravenosas de salvarsán plata, por el Dr. L. Dub.**—Las soluciones de salvarsán plata son opacas, lo cual constituye un pequeño inconveniente para asegurarse de que la aguja se encuentra verdaderamente en la vena. Además, si se introduce la aguja sola para ver que sale efectivamente sangre por el casquillo, antes de adaptar a él la jeringa se corren varios peligros: 1.º, que al adaptar la jeringa, la punta de la aguja se salga de la vena o atraviese la pared opuesta; 2.º, que quede sangre entre la jeringa y la aguja, con lo que la adaptación sea imperfecta y se salga el líquido. Se han propuesto muchos recursos para facilitar la técnica, especialmente para los casos en que se empleen jeringas Record, que tienen el extremo metálico, y el procedimiento que propone el autor es muy sencillo. Se trata de hacer construir un tubito de cristal de luz capilar, pero de paredes resistentes, con dos enchufes metálicos en los extremos, que se adaptan perfectamente, uno a la jeringa, y otro a la aguja. Queda al descubierto como un centímetro de tubo de cristal. Se carga la primera con la solución de salvarsán plata, se adapta el tubo y la aguja, se expulsa el aire y se introduce la aguja en la vena; cuando se cree tenerla en buena posición, se tira algo hacia atrás del émbolo, y en el tubo capilar es muy fácil ver cómo la solución opaca va siendo sustituida por la sangre.—(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 22 de julio de 1920.)



# EL SIGLO MÉDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL

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

#### Boletín de la semana

**Tres mil muertos.—Trescientos mil enfermos.  
Es necesario aclararlo**

Las noticias particulares que de algunas provincias, principalmente de la de Cáceres tenemos, acusan un verdadero recrudecimiento en la *endemia* (no *pandemia*, como dice un sabio colega) palúdica que constituye el principal motivo de empobrecimiento y de generación física de aquella región. Sin que sepamos aún a qué cifras actuales y exactas pudiéramos atenernos, dadas las deficiencias de nuestras nulas estadísticas sanitarias, nos bastará con la última cifra dada por el Instituto Geográfico para permitirnos algunas tristes consideraciones acerca de este asunto.

En 3.000 defunciones se fija la cifra dada por el documento oficial en un año; ahora bien, considerando que el paludismo es una plaga más terrible por su morbilidad que por su mortalidad, dado el que al ocurrir ésta, o por perniciosidad o por caquesia, puede calcularse que por cada muerte (dato único que poseemos) existen 100 enfermos de formas febriles agudas, de recidivas y de evoluciones crónicas; suponiendo esto, que es suponer con optimismo, la cifra segura de 300.000 enfermos; es decir, de 300.000 personas privadas de trabajo, de vida social, de energía física individual y engendradora; elementos de depauperación de la raza, de empobrecimiento del país, de vergüenza ante el mundo; de vergüenza, sí, de vergüenza, porque son individuos afectados de un mal fácilmente curable, y que por abandono, por ignorancia, por criminal abstención, nuestros gobernantes dejan que enfermen, que se comuniquen el mal, que degeneren física y moralmente, mientras ellos se entregan a la danza estéril y macabra de la política al uso, con sus decretos de disolución, pedidos a diario y a diario negados, y cuando concedidos, engendrados de Parlamentos que no se reúnen o que pierden el tiempo en discusiones de verdes

y azules, mientras la patria se desangra y aniquila.

Sin salirnos de nuestro tema actual, ¿qué remedio se busca o se pone a un mal que es inmediata y fácilmente remediable?

Se nombra una comisión, porque del extranjero nombraron otra, demostrándonos que se ocupaban más de nuestros males que nosotros mismos. Ha transcurrido mes y medio, y la comisión nombrada no sabemos que se haya reunido, ni que se haya pedido el pomposo crédito de 500 000 pesetas de que al crearla se habló. Y esto en la estación del año en que es sabido que el paludismo se exagera y propaga, y cuando nadie puede suponer que los que dirigen nuestra sanidad ignoren que la primera, inmediata e impositiva medida contra el paludismo es el envío de quinina a las comarcas afectadas... y para comprar quinina (si se tiene dinero y le hay en el presupuesto) y para enviarla a Cáceres o a Toledo no se necesitan comisiones, ni dictámenes, ni plones, ni balduque, lo que se necesita es actividad y convencimiento. Convencimiento de combatir las formas agudas de la *endemia* es que el combatirla en su principal baluarte, es disminuir la morbilidad, es anular la mortalidad. Las comisiones tienen otro papel que llenar, no menos importante, pero que no debe embarazar por su lenta gestación a lo que inmediatamente se impone. El papel de las comisiones consiste en trazar un plan de desecaciones, encauzamiento, drenajes, destrucción de insectos, etc., etc.; pero mientras esto se piensa y se proyecta, lo que ha debido hacer la Inspección general de Sanidad es comprar quinina, buena quinina; enviarla a los sitios endemoniados, darla de balde en las farmacias, y en donde no las haya, en los estancos, y en donde no los haya, en las tabernas, que éstas no faltan en caserío alguno de España.

Esto es lo crudamente exacto, y el esperar tramitaciones de créditos cuando se tiene dinero para los primeros gastos y el aguardar a la reunión de comisiones eterogéneas y complicadas cuando se tiene inteligencia bastante y convencimiento para obrar, esto es sencillamente inex-



plicable, y no lo llamamos criminal porque tenemos la certeza de que no existe la intención del mal consentido.

—o—

Leemos en un periódico diario:

«Barcelona.—Han ingresado en el hospital de infecciosos seis de los 25 pasajeros que, enfermos de viruela, desembarcaron del vapor *Infanta Isabel*.

Los 19 restantes han sido enviados a sus domicilios, donde serán vigilados convenientemente.»

Pero... ¿qué es esto? ¿Es que la higiene de nuestra navegación de altura se hace en términos tales que quepa que en un barco se desarrolle una epidemia de viruela, sin que sean vacunados todos los pasajeros? ¿Es que no hay nada preceptuado, ni en el decreto de vacunación obligatoria de 1903, ni en la instrucción de Sanidad, ni en los reglamentos de Sanidad marítima? ¿Es que pueden unos enfermos desembarcados de una nave infectada ir al hospital de infecciosos, y otros, con el contagio vivo y palpitante, marchar a sus domicilios?

Lo mejor que podemos decir por hoy es que creemos equivocados los términos del telegrama, y como no queremos dar palos de ciego, aunque casi ciegos seamos, nos callamos por ahora.

DECIO CARLAN

## La organización de la higiene en Francia

(DISCURSO PRONUNCIADO EN LA ASAMBLEA GENERAL DEL COMITÉ DE PROPAGANDA DE HIGIENE SOCIAL Y DE EDUCACIÓN PROFILÁCTICA POR EL DOCTOR ROUX, DIRECTOR DEL INSTITUTO PASTEUR)

Muchos médicos ingleses y americanos llegados a Francia durante la gran guerra, y que han vivido en nuestras ciudades y en nuestros pueblos, me han hecho la siguiente pregunta: ¿Cómo puede explicarse que Francia, la nación que ha hecho los descubrimientos fundamentales de la higiene, los aplique tan poco?

Es, en efecto, un motivo de asombro para los extranjeros que visitan nuestros territorios el comprobar que en la patria de Pasteur la higiene está casi completamente desatendida. Esta contradicción, que no puede menos de asombrarles, la sentimos igualmente nosotros, pero la mayor parte de las veces nos habituamos a ella por costumbre y porque con frecuencia nos damos por satisfechos con bien poca cosa. Hasta ahora la higiene ha sido en Francia objeto de hermo-

sas investigaciones, de brillantes esfuerzos de algunas sociedades privadas, de elocuentes discursos y de una reglamentación muy poco eficaz. Parece que ha llegado el momento de abandonar esta senda estéril; yo veo un indicio en la formación de una sociedad como la nuestra, en la invocación a la higiene hecha por muchos hombres políticos en las últimas elecciones y en la creación del Ministerio de Sanidad, asistencia y previsión sociales.

Después de la horrorosa pérdida de vidas humanas sufrida por Francia para obtener la victoria, todo el mundo ha comprendido que el porvenir de la Patria depende del incremento de su población.

El aumento de la natalidad es problema cuyas condiciones morales y económicas son difíciles de modificar por la legislación, pero la disminución de la mortalidad está más a nuestros alcances, es objeto de la higiene. ¿Por qué causas no hemos obtenido en nuestra Nación los resultados de los cuales otros países se enorgullecen justamente?

Henos conducidos a la cuestión que me presentaban los americanos ¿Por qué la higiene aplicada está tan descuidada en esta Francia donde nació la higiene científica? Responder a esta pregunta, es decir la razón de la situación actual, y, por consiguiente, preparar su campo.

Una de las causas principales del poco avance de la higiene en Francia se encuentra en el carácter nacional. El individualismo de los franceses se presta poco a las obras de conjunto, a los esfuerzos sostenidos. La higiene exige que el individuo se someta en interés general a una muy severa disciplina. Persuadámonos de que la enfermedad no es un asunto particular que no afecte más que al paciente y a los que le rodean; la enfermedad de un miembro de la sociedad interesa a la colectividad entera. Todos estamos de acuerdo, en principio, en que existe la necesidad de aislar al enfermo atacado de una enfermedad transmisible. ¿En la práctica cuántos se someten a esta obligación higiénica? Bajo pretexto de no herir los sentimientos, de respetar la libertad individual, dejamos que un varioso continúe en una casa de numerosa vecindad. Conozco el caso de un dueño de un bar de París que, atacado de varioloides, fué cuidado en la trastienda por su mujer, que iba del lecho del paciente a servir a sus clientes.

Por poco que nos molesten, hacemos todos los esfuerzos posibles para eludir los reglamentos, cuya utilidad no vemos palpable. La amenaza de un peligro personal no nos decide tampoco a seguir las prescripciones sanitarias. ¡Cuántas veces he visto personas instruidas empleando subterfugios para sustraer al sacrificio un perro mordido por un congénere rabioso. Es inútil advertirles del peligro que su perro hace correr a la vecindad, pues que no creen siquiera en que exista peligro para ellos mismos; tanto anubla la pasión su juicio. Nadie en París se asombra de ver perros sin cadena y sin bozal, a pesar de que sobre los muros hay múltiples pasquines con la orden del Pre-



fecto de Policía exigiendo el uso de una y otra cosa. Esta indisciplina general hace inútiles las leyes y los reglamentos; los encargados de hacerlos cumplir no se preocupan mucho más.

Para cambiar esta mentalidad no disponemos más que de un medio, la educación; ella sola puede a larga modificar las costumbres. El problema de la higiene está pues ligado al de la educación pública, tan difícil de resolver porque en lugar de pensar sólo en los intereses del niño y de la Nación se mezclan a ellos las consideraciones políticas y filosóficas.

No es mi objeto estudiar aquí de qué modo deben ser educados los niños porque una vez hechos hombres la razón prevalece con frecuencia sobre sus sentimientos y sus pasiones. Voy a circunscribirme a lo que atañe a la higiene. He de hacer notar que el ejercicio de los sports es un poderoso medio de desarrollar el espíritu de disciplina al mismo tiempo que el vigor corporal.

Desde la primera infancia debe hacerse que el niño adquiera el hábito de practicar la higiene con objeto de que lo conserve durante toda su vida. Pensando en esto se han inaugurado en las escuelas las conferencias sobre distintos puntos de la higiene. Con esto no se obtendrá ningún resultado porque los párvulos no pueden aprovechar estas enseñanzas, que aburren a los adultos.

Además, ¿de qué sirve dar nociones de higiene en un lugar donde ésta no se practica en ningún momento? El plan de nuestras escuelas no ha sido organizado por higienistas, el agua se distribuye en ellas con tacañería, no hay lavabos ni guardarropas, no hay agua caliente, no hay escupideras. Los escolares ensucian la clase con impurezas de todo género que arrastran sus zapatos llenos de barro. Los retretes son lugares infectos la mayor parte de las veces. La inspección médica de las escuelas no existe más que en algunas grandes ciudades. No se ha organizado en Francia la vigilancia del crecimiento, de la dentición, de la vista, de las taras mentales de la mayor parte de los escolares. Se dirá que esto es cosa de los padres; seguramente, pero su ignorancia es tal acerca de esto, que no pueden ni sospechar su importancia si no se les advierte.

La cultura mental no puede existir sin la del cuerpo; la una y la otra están a cargo de la escuela.

El maestro salido de la Escuela Normal, en la que no se le ha enseñado la higiene más que teóricamente, no puede enseñar a los alumnos lo que él mismo no practica. La limpieza, que es la higiene elemental, ¡qué penal! está la mayor parte de las veces ausente de la escuela, y es por medio del niño que se educa en ella como debía pasar la higiene de aquella a la casa familiar.

La educación higiénica se da con el ejemplo y con el hecho; la acción debía acompañar en lo posible a la explicación. Cuando se habla a los niños del peligro de llevar las manos sucias, hacedles lavar las manos,

haciéndoles ejecutar un barrido húmedo, habladles del peligro del polvo.

Este obstáculo a la propagación de la higiene proviene del carácter nacional; no será evitado más que cuando hayamos introducido profundos cambios en la educación. La formación de los maestros, el mobiliario de las escuelas, los métodos de enseñanza, todo debe ser modificado. No se crea que yo pido imposibles y que yo quisiera demoler todas las escuelas para construir las de nuevo, o reemplazar todos los maestros existentes por otros más higienistas; yo quedaria satisfecho si siguiendo el método experimental se hiciera un ensayo en algunas escuelas habilitadas con el menor gasto posible, y que después de los errores inevitables en sus primeros pasos, servirían para la instrucción del personal. Cuando se estuviera seguro de los métodos, se les aplicaría a los otros establecimientos escolares teniendo en cuenta la experiencia adquirida.

Parece que los verdaderos educadores higienistas de la Nación son los médicos, ellos son llamados por las familias, conocen sus miembros; ellos ven la disposición de sus casas y mejor que nadie pueden dar consejos para que las viviendas sean higiénicas. Su deber es no sólo cuidar los enfermos, sino evitar que enfermen los sanos. Con ellos la higiene parece penetrar por todas partes. ¿Por qué a pesar de esta acción médica tan extendida, sigue tan atrasada la higiene de los franceses? Hemos conducido a considerar una segunda causa que se ha opuesto hasta aquí a la propagación de la higiene en Francia.

Las condiciones actuales de la sociedad obligan a los médicos a ejercer su profesión de manera que les es difícil llenar el papel de higienistas. En las grandes ciudades los maestros de la Ciencia son solamente consultados por las familias en los casos graves. Los médicos de barrio se ven obligados a hacer cada día un gran número de visitas a subir muchos pisos; después de haber examinado el enfermo y prescrito su tratamiento, no pueden dar más que sumariamente los elementales consejos de profilaxis. No tienen tiempo de enseñar cómo deben tratarse las ropas sucias antes de entregarlas a la lavandera, cómo debe desinfectarse una escupidera; sus indicaciones son mal comprendidas la mayor parte de las veces. El médico rural dispone todavía de menos tiempo que el de la ciudad para dedicarse a la profilaxis de las enfermedades y a la instrucción higiénica de sus clientes.

De esta manera los médicos no ocupan en la difusión de la higiene el lugar que podían ocupar. A estas razones hay que añadir otra que vamos a enunciar; a saber: El médico, tal como sale de nuestras Facultades ¿no está capacitado para ejercer de higienista? Hasta aquí, en efecto, la enseñanza de la higiene en los Colegios de Medicina, ha sido casi exclusivamente teórica. Rápidas visitas a un dispensario, a un sanatorio, a una estación de desinfección, a los manantiales que surten la ciudad, a las alcantarillas, a las estaciones de depuración de las aguas residuales, constituyen toda la educación práctica y todavía ésta no es posible



más que en las ciudades que poseen las organizaciones higiénicas citadas.

En cuanto a la profilaxis de las enfermedades, se le ha hablado sin duda, pero lo que el estudiante tiene ante sus ojos en el hospital, contradice lo que se le ha enseñado. En efecto, el aislamiento de los enfermos infecciosos es muy imperfecto en nuestro servicio hospitalario, no es raro ver un enfermo de fiebre tifoidea en una sala común, esto sin hablar de los tuberculosos que no tienen departamento aparte en la mayoría de los hospitales. Se le enseña a un estudiante a diagnosticar y a cuidar una difteria, a preservar a los hermanos y hermanas del enfermo por una inyección preventiva de suero, pero se verá con frecuencia que se devuelve a su familia por falta de plazas a un convaleciente portador de gérmenes que no puede ser hospitalizado hasta que haya dejado de ser peligroso. Debía llamarse su atención sobre el interés que tendría para la defensa de la colectividad el saber dónde un niño enfermo ha adquirido su difteria y buscar en seguida al que ha podido transmitírsela; nunca hay ocasión de asistir a una de estas investigaciones sanitarias, que son la base de toda profilaxis. Así preparado, quizá sea el estudiante un buen terapeuta, pero no un sagaz defensor de la salud pública.

Estamos hasta tal punto desprovistos de higienistas, que si se quisiera aplicar la ley (tan insuficiente del año 1.902) sobre la protección de la salud pública, notaríamos la falta de un personal competente. Este mal debe atajarse sin perder tiempo, organicemos en las Facultades de Medicina la enseñanza de la higiene de modo que, el médico que la haya recibido, salga con la aptitud suficiente para desempeñar su papel social. No sólo debemos aspirar a formar médicos higienistas sino también sus indispensables ayudantes: agentes de sanidad, enfermeras para dispensarios, para sanatorios, para escuelas, etc... Nada hay tan urgente como esta reforma de la enseñanza de la higiene en las Facultades de Medicina; por ella debe empezar la organización sanitaria de Francia.

Después de la defensa de la Patria, el primer deber de un Gobierno es la protección de la salud pública. En Francia, los Gobiernos que se han sucedido han dejado subsistir una organización de servicios sanitarios tan incoherentes, que puede decirse que ella ha sido la causa más poderosa de nuestro atraso. En lugar de estar agrupados bajo una dirección única, los servicios de higiene están repartidos en diversos Ministerios. Existen en el Ministerio del Interior, en el de Instrucción pública, en el de Trabajo, en el del Comercio, en el de Agricultura; me asombraría que el nuevo Ministerio de Higiene llegase a convencer a sus colegas de que deben desprenderse de los ramos de higiene que detentan. En la misma circunscripción tenemos médicos de epidemias, de escuelas, de la infancia y militares, sin que exista en ninguna parte comunicación regular ni obligatoria entre ellos.

La higiene de cada colectividad está aislada de las demás, como si la salud del cuartel, de la escuela, de

la fábrica, no tuviera influencia alguna sobre la de la ciudad, como la de ésta sobre la de la escuela y el cuartel.

La unidad de mando, tan necesaria contra la enfermedad como contra el enemigo, no se ha conseguido todavía en nuestros servicios de higiene, y esto es causa de que con ellos se obtenga resultado tan poco brillante.

Además, ninguno de estos servicios dispone de medios de acción suficientes. El más importante, aquél a quien incumbe la protección general de la salud, y que constituyó hasta aquí una de las direcciones del Ministerio del Interior, no posee ni personal técnico ni material correspondiente a su gran importancia. Contra una epidemia, puede movilizar dos Consejeros técnicos eminentes, es cierto, pero desprovistos de los equipos necesarios. Su principal medio de acción consiste en publicar circulares.

Un Director de higiene ha pintado muy bien la situación diciendo: «yo defiende a Francia, contra las epidemias, con mi pluma».

Es preciso que una misma dirección inspire, por fin, nuestros servicios sanitarios. Yo encuentro muy natural que el Ministerio de Instrucción Pública vigile la salud de las escolares, pero yo desearía que obrase de acuerdo con sus colegas de Sanidad. El médico sanitario funcionario del Ministerio de Sanidad debe en cada circunscripción coordinar los esfuerzos de todos los que se ocupan en la salud pública.

La legislación sanitaria de Francia es todavía incompleta; pero por mucho que lo parezca no es muy inferior a la de la mayor parte de las naciones extranjeras; si no ha dado todavía los resultados esperados por lo que la han concebido, la falta es menos de la ley que de la manera de aplicarse. La causa principal de esta aplicación defectuosa es que las facultades sanitarias de los Ayuntamientos pertenecen a los alcaldes que emplean poca energía, por temor de indisponerse con sus electores. El prefecto puede intervenir donde la autoridad municipal decaiga; pero no lo hace más que excepcionalmente, porque el alcalde es un personaje político de importancia. En estas condiciones se comprende fácilmente que la acción de los funcionarios técnicos, donde existen, no es muy apreciable, porque sus iniciativas se subordinan a la voluntad del alcalde o del prefecto. En el campo de la higiene, como en muchos otros, la política no puede ejercer más que una política funesta, y es preciso descartarla en lo posible.

Otro punto débil de la ley de 1902 es que no prevé, como consecuencia de la declaración de un caso de enfermedad transmisible, más que la desinfección. Así ocurre en muchos departamentos, que los Consejos generales, después de haber votado los créditos para la instalación de más o menos numerosos puestos de desinfección mejor o peor dotados, creen haber satisfecho la ley. Cada año se les presenta una estadística de las operaciones efectuadas, y creen que la salud de sus administrados ha sido mejor defendida cuanto más

**BARDAÑO**

Compuesto de extracto de raíces de LAPPAL MAJOR L., y Estaño coloidal,  
LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34.—Valencia



alta es la cifra de desinfecciones. Pero la desinfección de los locales es inútil en la mayor parte de los casos; la de las ropas puede efectuarse sencillamente sin transportarlas, por medio de una lejadora. Cuando la desinfección es verdaderamente necesaria, el tiempo que transcurre entre la orden del médico y la operación, suele hacerla ilusoria. La más seria objeción que los médicos prácticos oponen a la declaración obligatoria es que es inútil porque los Poderes públicos no disponen del arsenal preciso para la prevención de las enfermedades. Este arsenal consiste principalmente en cámaras de aislamiento en los hospitales, en dispensarios, en sanatorios, en laboratorios y en un personal sanitario competente y bien distribuido por el territorio.

Es, pues, necesaria la revisión de la ley de 1902 para hacer desaparecer los defectos de que acabamos de hablar y que han malogrado muy seriamente el progreso de la higiene. Esta revisión producirá también una modificación en nuestros servicios sanitarios demasiado burocráticos. El peor enemigo de la higiene es el higienista burócrata, que no yendo jamás sobre el terreno lo tiene todo previsto, todo resuelto, con sus instrucciones y sus circulares.

La higiene no se hace a distancia; ha de obrar en contacto con la población. El médico higienista, tal como nosotros lo comprendemos, debe vivir cerca del pueblo. No teniendo clientela, debe estar en contacto constante y cordial con los demás médicos, porque es quimérico concebir una organización sanitaria sin la participación del médico práctico. Nuestro oficial sanitario recibe las declaraciones de enfermedades transmisibles e interviene cuando su concurso puede ser útil. Está de acuerdo con las Comisiones administrativas para la preparación de los hospitales; con los alcaldes para las medidas de sanidad, para la instalación de dispensarios; con las instituciones benéficas para coordinar su acción, con las personas capaces de ayudarles a socorrer a los enfermos necesitados.

La circunscripción sanitaria donde él ha de operar no puede ser muy grande, a fin de que su tarea no sea superior a sus fuerzas.

Después de este cuadro que acabo de hacer de la organización sanitaria en Francia, podría creerse que nuestra Patria se encuentra sin protección seria frente a las posibles epidemias. Esto no es del todo cierto. Los acontecimientos han demostrado muchas veces que podemos atajar la difusión de una enfermedad. Si somos negligentes para preparar la defensa, somos muy aptos para improvisarla; encontramos a tiempo las competencias y las ayudas necesarias. Este sistema sanitario, es suficiente contra las enfermedades pestilenciales y en los casos extremos, pero es impotente cuando se trata de luchar contra enfermedades que yo llamaría de todos los días: la tuberculosis, la sífilis, la fiebre tifoidea, las disenterias, la diarrea infantil, etc... Que existiendo continuamente, truncan tantas vidas preciosas.

Contra ellas son ineficaces las medidas improvisa-

das; la experiencia de todos los pueblos ha demostrado que no se disminuyen sus efectos más que con una organización bien comprendida, dotada de todo el material apropiado y cuya acción no decaiga jamás. Esta higiene necesita más virtud que heroísmo, más paciencia que nerviosidad, comenzamos apenas a practicarla, pero es preciso proceder en este sentido si queremos conservar nuestro lugar entre las grandes naciones. Exige una dirección competente y permanente al abrigo de las luchas políticas.

Pensad en el esfuerzo inmenso que ello requiere, puesto que todo está por hacer, desde la educación del niño hasta la transformación de la choza en habitación salubre.

Escuchándome habréis pensado sin duda que yo no me he adaptado al programa de la sesión. Según él, yo debía hablar de la propaganda de la higiene en Francia y, en realidad, he intentado mostraros las causas que han impedido la difusión de la higiene en nuestro país. Yo he tomado sutilmente el tema de mi conferencia, pero no he dejado de tratarlo, puesto que es lo mismo hablar de la preparación de la higiene que decir por qué no se ha extendido.

## LO QUE DEBE SER UN PARTIDO MEDICO

La implantación entre nosotros de la reforma de la iguala y de la subida de las cuotas, está creando constantes conflictos por no haberse previamente determinado lo que debe ser un *partido médico* y en lo que debe constituirse su sueldo *mínimo*.

Y el caso es que el Patronato Médico, ese extraño quiste de burocracia patológica, no tiene estadística ninguna sobre tales problemas, y los que queramos resolverlos de algún modo, necesitamos dar un rodeo sumando a nuestra experiencia de médicos rurales los resultados de otras estadísticas.

Afirma Schmidtman que en Alemania por cada muerto se dan treinta enfermos, y que cada uno de éstos, lo es por un término medio de veinte días. Esto es algo, puesto que nos conduce al resultado siguiente: Si en España se dan las cosas del mismo modo y la mortalidad media es de un 25 por 100 (de 20 a 30 por 1.000), cada 250 familias (1.000 habitantes) nos darán con las 25 defunciones 750 enfermos y quince mil días de enfermedad. Es decir, que el médico de 250 familias ha de ver 41 enfermos diferentes, lo que representa un número aproximado de 60 visitas diarias, suponiendo que solamente a la mitad haya que hacerlos dos visitas.

Con toda franqueza, ¿es eso posible? ¿Puede ver bien un solo médico a 41 enfermos cada día? Yo respondo resueltamente que no.

Y sin embargo hoy nuestros partidos médicos de

**CARBOLAN**  
Pelrid's Co., New-York

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

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



un mayor número de habitantes y los mismos reglamentos asignan, aunque sea como máximo, 300 familias para una sola plaza.

Mi estadística (que la recogí durante cinco años) me condujo a los resultados siguientes: un muerto cada 20 enfermos; cada enfermo quince días. Por lo tanto, el número de días de enfermedad por 1.000 habitantes sería de 7.500, y el número de enfermos diarios de 21. Esto ya es más realizable; 21 enfermos si pueden verse todos los días.

Pero mi estadística con ser más baja que la de Schmidtmann presenta cifras diarias de 80 y 100 enfermos, que suponen de veinte a veinticinco horas diarias de trabajo, lo que es imposible. Yo los veía muy mal en mucho menos tiempo, y justamente por eso se me concedió la Cruz de Beneficencia en 1913. ¡Así es España!

Un partido médico de 1.000 habitantes (250 familias) da un término medio excesivo de enfermos que no puede visitar bien un solo médico y en los brotes epidémicos da un mayor contingente de morbilidad que necesariamente ha de visitar un solo médico muy mal.

El término medio de ambas estadísticas es de 31 enfermos diarios, que da un trabajo de siete a ocho horas sin contar las de estudio... ¿No estará en todo esto una de las causas de la mayor mortalidad española?

A mi juicio, por este lado de trabajo médico, la medida del partido médico está en la cifra de 800 habitantes (200 familias). Son 20 defunciones, 600 enfermos y doce mil días de enfermedad: 32 enfermos diarios, según Schmidtmann. Según mi estadística, 20 defunciones, 400 enfermos, seis mil días de enfermedad: 16 enfermos diarios. La media son 24 enfermos diarios: 24 visitas de mañana y 12 de tarde.

De ahí para arriba yo creo que no se hace labor de médicos; a lo sumo será labor de curanderos, matute, fraude.

Y mirando ahora hacia el problema económico, me pregunto: ¿pero 200 familias rurales darán bastante para formar el sueldo mínimo de un médico? Vamos a verlo.

Yo acepto como buena la cuota de 20 pesetas anuales que la mayor parte de los colegios han asignado como mínima a la clase jornalera, aunque tengo mis razones para elevarla a 24, número divisible por 12.

Y vamos a cuentas: En cada pueblo hay por lo menos, económicamente, cuatro clases de familias: la jornalera y la rica en primer lugar por abajo o por arriba, y entre ambas, dos clases medias que se acercan a la una o la otra.

Tomando como punto de partida la cuota mínima de 20 pesetas asignadas a la clase jornalera, la escala de cuotas por iguala en cada clase, no puede ser otra que esta: 20, 30, 40 y 50 pesetas, con lo cual salen muy favorecidos los ricos que son los que más trabajan contra la reforma.

He observado que estas clases se hallan representadas numéricamente en cada pueblo como las cifras 1, 2, 4, 8, aunque nunca con exactitud y siempre con variaciones locales, que harán subir y bajar el sueldo total de cada partido.

Tomemos para el cálculo los números 195 y 210 que son exactamente múltiples de la progresión indicada y tendremos en el primer caso: número de familias de 20 pesetas, 104 (2.080 pesetas); de 30 pesetas, 52 (1.560 pesetas); de 40 pesetas, 26 (1.040); de 50 pesetas, 13 (650 pesetas); en total, 5.330 pesetas.

En el segundo caso: de 20 pesetas, 112 (2.240); de 30 pesetas, 56 (1.680); de 40 pesetas, 28 (1.120); de 50 pesetas, 14 (700); en total, 5.740 pesetas.

Este sueldo mínimo subirá en relación con exceso total y con el mayor número de familias de las clases acomodadas y descenderá inversamente.

Si fuera posible concebir un pueblo de 200 familias compuesto solamente de obreros, el sueldo mínimo por igualas sería de 4.000 pesetas ( $200 \times 20$ ), que con el mínimo por titular de 1.000 pesetas, daría las 5.000 pesetas que piden muchos colegios.

El tipo mínimo de familias para constituir un partido médico con el sueldo de 5.000 pesetas y la escala de cuotas indicada se halla en las 150 familias como puede verse: cuotas de 20 pesetas, 80 (1.600 pesetas); de 30 pesetas, 40 (1.200); de 40 pesetas, 20 (800); de 50 pesetas, 10 (500); en total, 4.100 pesetas; con 1.000 pesetas de la titular, 5.100 pesetas.

Para formar un partido médico de ese tipo con 105 familias habría que subir las cuotas en 10 pesetas cada una, que no es un sacrificio muy grande para tener médico, en la siguiente forma: cuotas de 30 pesetas, 56 (1.680 pesetas); de 40 pesetas, 28 (1.120); de 50 pesetas, 14 (700); de 60 pesetas, 7 (420); en total, 3.920 pesetas por igualas y 1.080 por titular.

Como se ve puede descomponerse España entera en grupos de 150 a 200 familias, rurales y urbanas, para formar partidos médicos en número de 25.000 a 33.333 garantizando una asistencia médica sin fraudes a todo el mundo.

La escala de cuotas por familia podía ser esta: 20, 30, 40, 50, 75, 100, 150, 200, 250, 350 y 500 pesetas por año.

Los partidos entonces serían mejores o peores para los médicos, no por el número de clientes sino por la calidad de las cuotas. Así mientras que 200 familias a 20 pesetas, dan 4.000 pesetas; solas 150 familias a 500, dan 75.000 pesetas.

¿Y no habría en todo esto un gran fondo de justicia?

Todo esto lo pueden realizar los colegios sin duda ninguna, dando un paso decisivo hacia la nacionalización de los médicos.

Quedan fuera del cálculo los especialistas que podrían hacer el suyo según la labor que realizan.

La idea es inmediatamente aplicable en la España rural y después en la España urbana. Pero... dejémosla otra vuelta a la cuestión.

DR. MARTIN HURTADO.

## 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.



## Proyecto de Reglamento<sup>(1)</sup>

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

Art. 40. Corresponde al Contador:

- 1.º Llevar un libro de intervención de entrada y salida de caudales y poner la toma de razón en todos los documentos de carga y data.
- 2.º Firmar los libramientos y cargaremes que se le presentaren visados por el Presidente.
- 3.º Firmar los cheques y talones de la cuenta corriente con el Banco de España, cuando la tenga el Colegio.
- 4.º Encaminar e informar todos los años la cuenta de Tesorería.

5.º Observar las mismas disposiciones con el «Capital de Reserva».

Art. 41. Corresponde a los Vocales:

- 1.º Sustituir al Presidente, Vicepresidente, Secretario, Tesorero y Contador.

El Presidente será sustituido por el Vicepresidente, y a falta de éste por el Vocal primero. El Vicepresidente, Tesorero, Secretario y Contador, por el Vocal de número inmediato correlativo.

Para estos efectos los Vocales estarán ordenados según el número de votos obtenidos. En caso de igual número de votos, establecerá el orden, la antigüedad en el Colegio.

2.º Desempeñar todas las comisiones que les encargue el Presidente y presidir las comisiones que les encargue la Junta de gobierno.

3.º Redactar por el orden que establezca el Presidente los informes en los expedientes sobre impugnación de honorarios, sometiéndolos después a la aprobación de la Junta de gobierno.

4.º Un Vocal designado por la Junta de gobierno desempeñará el cargo de Bibliotecario.

### CAPÍTULO IV

#### De las asociaciones de distrito

Art. 42. Los médicos colegiados que ejercen en la provincia de Madrid se agruparán por Distrito judicial, constituyendo las Asociaciones de Distrito, dirigidos por una Junta que constará lo menos de los cargos nominativos siguientes:

Presidente, Secretario y Tesorero.

El Presidente de la Junta de Distrito, será Vocal nato de la Junta de gobierno, según lo dispuesto en el art. 34.

Art. 43. El nombramiento de esta Junta será por mayoría de votos entre los colegiados residentes en el Distrito judicial que asistan a la reunión.

Art. 44. Las Asociaciones de Distrito redactarán para su régimen interior un Reglamento armónico a éste.

Art. 45. Las Juntas de las Asociaciones de Distrito, serán autónomas en las resoluciones de los asuntos profesionales de moral médica y de orden económico que se planteen en sus correspondientes distritos.

(Se continuará)

<sup>(1)</sup> Véase el número anterior.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,0; id. mínima, 700,6; temperatura máxima, 28°,6; id. mínima, 9°,9; vientos dominantes, SO. NES.

Continúa siendo relativamente satisfactorio el estado de la salud pública en Madrid; las afecciones agudas del aparato digestivo y respiratorio se presentan en proporciones nada alarmantes, y los reumatismos y manifestaciones artríticas y congestivas son los únicos que se han presentado con alguna importancia.

En la infancia no se observa nada de carácter epidémico.

### Crónicas

**Asamblea de sanitarios en Jerez.**—El día 21 quedó constituida la mesa de la Asamblea sanitaria que se celebra en Jerez, bajo la presidencia del doctor Aranda.

El primer asunto sobre el que se deliberó, fué un proyecto de don Alejandro Rodríguez, médico militar, creando un Cuerpo que sustituiría al de Sanidad civil.

Los practicantes trataron de la ampliación de estudios en la carrera, aprobada por el Colegio de Madrid, y acordaron solidarizarse con sus compañeros de Almería, que sufren vejaciones por falta de pago.

Los odontólogos, presididos por don Joaquín Luque, trataron de la creación de un Cuerpo de dentistas en el Ejército y en la Armada y en la Beneficencia municipal.

Los veterinarios son presididos por don José García Judería, inspector de Higiene pecuaria de la provincia, quienes trataron de la vacunación obligatoria en el ganado contra la epizootia del carbunco.

D. Pascual Maynar, veterinario de Madrid, presentó un trabajo sobre las relaciones del veterinario con las demás clases sanitarias, y otro don Pascual López, también de Madrid, sobre reglamentación de la venta de leche.

Los farmacéuticos, a quienes preside el señor Cafranca, estudian la reforma de los Estatutos de Farmacia.

Después de las deliberaciones, fueron los asambleístas obsequiados con un banquete en la bodegas del marqués del Mérito.

**El monumento al doctor Moliner en Valencia.**—El presidente de la Comisión ejecutiva del monumento al doctor Moliner ha visitado al gobernador de Valencia para rogarle que incluya entre los actos que se han de celebrar cuando vaya el Rey a aquella capital, la inauguración de dicho monumento.

**Congreso de la Asociación española de Urología.**—En los días del 21 al 23 del próximo octubre, se celebrará en esta corte y en el local del Colegio de médicos, Mayor 1, 2.º, las secciones científicas del 5.º Congreso de la Asociación Española de Urología.

Los temas oficiales de este Congreso son:

- 1.º Tratamiento de los traumatismos del aparato urinario. (Ponente, doctor de Sard, de París.)
- 2.º Trastornos inmediatos y lejanos a la nefrectomía. (Ponente, doctor Alcina, de Cádiz.)

**PEÑACASTILLO**

Sanatorio para enfermos de aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso  
Cocina dietética.—10 hectáreas de jardín y parque.—Instalación de lujo a la vez que  
higiénica.—Director: DR. MORALES.—Santander



El programa definitivo se publicará en el mes de octubre.

La junta directiva suplica a los señores miembros de la Asociación que hayan de presentar comunicaciones, que envíen con la mayor anticipación el título de las mismas, con objeto de ponerlas en turno para la orden del día, facilitándose así los trabajos de organización de la Asamblea.

Toda la correspondencia puede dirigirse al presidente doctor Barragán, Valverde, 25 Madrid

**La mortalidad en Madrid durante el mes de Julio.**—Durante el mencionado mes hubo en Madrid 1.245 defunciones, 102 menos que en igual mes del año anterior.

Las principales causas de defunción fueron: de fiebre tifoidea, 24; tífus exantemático, 2; viruela, 2; sarampión, 9; coqueluche y difteria, 15; gripe, 7; tuberculosis pulmonar, 156; ídem de la laringe, 16; otras tuberculosis, 32; cáncer y otros tumores malignos, 57; meningitis, 66; bronquitis aguda, 22; ídem crónica, 17; neumonía, 14; otras enfermedades del aparato respiratorio, 70.

Proporción por 1.000: 1,851. Término medio diario 40.16.

Clasificados por distritos las defunciones han dado el siguiente resultado: Centro, 65; Hospicio, 75; Chamberí, 180; Buenavista, 118; Congreso, 125; Inglusa, 182; Latina, 133; Palacio, 114; Universidad, 152. Total 1.245. Y por grandes grupos de edades: Menos de un año, 272; de uno a cuatro años, 185; de cinco a diecinueve, 107; de veinte a treinta y nueve, 208; de cuarenta a cincuenta y nueve, 213; de sesenta en adelante, 257; sin clasificación, 3. Total, 1.245.

La mortalidad, pues, ha decrecido.

**La lucha contra la tuberculosis en Zaragoza.**—La Federación Antituberculosa de Zaragoza informa a la Prensa de la actuación de la entidad en el mes de julio.

«La Federación de señoras y Junta administradora del Dispensario visitó en sus domicilios a seis enfermos, concedió alimentos a tres, costeó el entierro a un protegido, selló y pagó 30 recetas, distribuyó un socorro a los enfermos que están en el hospital y entregó ropa interior a tres enfermos.

El Sanatorio gastó durante el mes de julio en alimentos, calzado, luz, servicio religioso, servidumbre y teléfono, 726,95 pesetas.

Toda esta labor sale del Dispensario Antituberculoso, que gastó en limpieza de local y ropas, luz y fluido eléctrico, gas y conserje, 146,04 pesetas.

En breve se anunciarán las bases para el sexto concurso de madres indigentes.»

Oposiciones a médicos de Prisiones, convocadas en la *Gaceta* de 16 de septiembre, para licenciados; instancias hasta el 15 de octubre; programa el anterior de 26 de junio de 1913. La casa Editorial Campos, Princesa, 14, tiene obra publicada y completa, que contesta con gran suficiencia al programa por el doctor Martín, médico del Cuerpo, y se vende al precio de 50 pesetas.

Al presente número se acompaña un prospecto de la antigua y acreditada **ACADEMIA PACHECO** (Noviciado 10 y Acuerdo 20), cuya lectura recomendamos, y en el que se verá las condiciones en que dicha Academia hace el preparatorio de medicina, farmacia y repasos especiales de física-química, etc.

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



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

## 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

## NIÑOS.—FIEBRES PALÚDICAS,

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

## Quininfantina Delgado Ronco.

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

## PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

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

## GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.