

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID
Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.	P. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. 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 BANUS 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: Los olores y la digestión, por el Dr. Manuel G.^a López de Lara.—Las Hemodistrofias y las leyes mendelianas, por el Dr. Pittaluga.—La patología y la terapéutica de la sífilis a la luz de las investigaciones modernas.—Anatomía Patológica Ocular, por el Dr. Manuel Marín Amat.—Bibliografía.—Periódicos médicos.—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlán.—A la Sala primera del Tribunal Supremo.—Real orden importantísima.—El objeto y el espíritu.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Los olores y la digestión

POR EL
DR. MANUEL G.^a LOPEZ DE LARA

Todo el mundo ha podido hacer esta observación: cuando en la proximidad de una cocina, en donde se preparan manjares suculentos, percibe el olfato los agradables efluvios, el apetito experimenta por adelantado los buenos efectos; si, por el contrario, son malas las emanaciones culinarias, la influencia previa producida en el estómago es desfavorable.

Partiendo de estos hechos, he podido sacar partido en el tratamiento de ciertas afecciones de las vías digestivas. Repetidos experimentos me han demostrado que los olores y los perfumes obran de una manera muy marcada sobre muchos organismos. Tal persona no puede permanecer en una habitación en la que haya un ramo de lilas o de jazmines; otras tienen dolor de cabeza o sufren náuseas cuando aspiran un nardo y hasta una rosa. Pueden resultar perturbaciones estomacales, con consecuencias más o menos graves, de la entrada en un invernadero en donde se encuentren heliotropos. Conozco el caso de una mujer, de edad mediana, que sentía náuseas siempre que olía cordero o pescado, aunque los comiese con gusto, a condición de taparse la nariz para sustraerse al olor. Es repetido

el caso de quienes habiéndoles sentado mal un plato de carne, experimentan una fuerte repugnancia con sólo reconocer su aroma. Tengo por cliente a un oficial retirado del Ejército que asistió a la guerra de Cuba. Durante toda la campaña le prodigaron cebollas mal aliñadas, que comía con asco. Hace de esto dieciocho años, y el oficial no puede todavía oler las cebollas sin perturbaciones gástricas. Es fácil convencerse de que en estas circunstancias se trata de reales idiosincrasias y no de prejuicios o prevenciones. Hay que ver en ello un fenómeno patológico que afecta a la parte más vulnerable de la economía fisiológica que es el sistema gastro-intestinal. El remedio más eficaz es recurrir a los tónicos; pero se debe, por medida profiláctica, evitar en cuanto sea posible, el contacto de los olores repulsivos.

Ahora bien; así como estos determinan síntomas de digestión morbosa, así los que agradan pueden ocasionar benéficas consecuencias. Los orientales han puesto en práctica la regla de procurarse goces, rodeándose de una gama de perfumes. Después de cada comida van a reposar a una habitación, cuyo aire está impregnado de olores suaves o deliciosamente penetrantes, y cuando no pueden procurarse esta satisfacción, tienen siempre a mano su frasco de esencias. Ni los más pobres se privan de ésta, porque todos saben el bien que produce a los nervios y a la digestión.

Es mi opinión que el sentido olfativo debe ser cultivado a este fin, y estimo que en la gastro-enteralga, por ejemplo, la terapéutica debería, al lado de la hidroterapia, de los masajes y de la electricidad, no desdenar la cura por los olores, cuyos buenos resultados he podido comprobar.

En otro artículo me ocuparé de la patogenia de los trastornos digestivos que reconocen por causa los malos olores, de su profilaxis y tratamiento.

LAS HEMODISTROFIAS Y LAS LEYES MENDELIANAS ⁽¹⁾

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA EL DÍA 24 DE MARZO DE 1920
POR EL DR. PITTALUGA

En conjunto, disponemos, pues, hoy de algunas nuevas armas lógicas, para intentar la resolución, o cuando menos, la interpretación de algunos de los problemas inherente a la herencia, y estas armas son en resumidas cuentas, las siguientes. Por un lado las leyes mendelianas, por otro las hipótesis de Bateson de los factores inhibitorios de que ahora hablaremos; luego la teoría de las mutaciones de De Vrie, y, por fin, una atenuación de la doctrina de Weismann sobre la herencia de los caracteres adquiridos, atenuación que a primera vista parece de poco monta, pero que encierra en si la virtualidad de conciliar las conclusiones negativas de aquellos observadores acerca de la herencia de los caracteres adquiridos, experimentalmente intentada, con la realidad histórica de las especies que demuestra en modo palmario el hecho de la herencia de los caracteres adquiridos. Esta atenuación o modificación de las conclusiones de Weismann, puede formularse del modo siguiente:

No puede comprobarse, y probablemente no existe, una transmisión hereditaria de los caracteres morfológicos adquiridos, esto es, de las *dismorfias*, pero si existe una transmisión hereditaria de los caracteres bioquímicos en cuanto atañe al metabolismo y al equilibrio endocrino, esto es, de las *distrofas*.

Es esta conclusión, que tiene, a nuestro entender, un gran alcance en biología, la que hemos querido someter a comprobación, cotejando su contenido teórico genérico con los hechos concretos que atañen a un grupo determinado de procesos morbosos, y precisamente de hemopatías, que en estos últimos años han sido objeto por mi parte de un estudio lo más detenido que me ha sido posible, y que he indicado, como saben los que me escuchan, con el nombre de *hemodistrofas*.

Antes de entrar en la exposición somera de los caracteres de las hemodistrofas, como desviaciones del tipo normal de la especie humana, veamos algunas de las críticas más importantes que pueden formularse a ese conjunto de doctrinas en que hoy se apoyan nuestros conocimientos sobre la herencia.

(1) Véase el número anterior.

La teoría de De Vrie sobre las *mutaciones* nos interesa en extremo desde el punto de vista de la Patología humana, porque, como indicaré más adelante, yo tengo por evidente que en la determinación de las variaciones individuales, y aun colectivas, de la especie humana ha tenido históricamente una gran importancia el ataque de los virus, y que la especie humana ha visto desviar su tipo normal como consecuencia de las alteraciones bioquímicas determinadas en los organismos vivientes por las enfermedades infecciosas (que, naturalmente, yo llamo *mutaciones*, en el sentido de De Vrie), fijadas luego por las leyes de la herencia en modificaciones, en lesiones anatómo-patológicas, modificaciones estructurales o somáticas, e incluso, en último término, en una lejana, quizá futura, manifestación dismórfica.

Una de las objeciones más serias a la teoría de De Vrie sobre las mutaciones ha sido formulada no hace mucho, hace dos años (1917), por Stretz y Bridges en un estudio sobre la «incompatibilidad de las razas de *Drosophila*, sometida a mutaciones». Estas objeciones pueden formularse del siguiente modo.

La diferencia más característica entre las formas «cambiantes» o sometidas a mutaciones experimentales, y por otro lado, las verdaderas «especies incipientes» o «formas iniciales de mutación» de las especies en la naturaleza, consiste en la aptitud para la *hibridación*. Las primeras, que llamaremos por brevedad, *mutaciones formales*, demuestran completa interfertilidad, son fértiles entre sí; las segundas, que llamaremos *mutaciones naturales*, son por lo general, estériles entre sí, no engendran híbridos.

Si esta distinción, fundada en la capacidad de reproducción recíproca de las formas sometidas a la mutación fuera realmente de aplicación universal, ofrecería una seria objeción a la hipótesis de la evolución por medio de mutaciones, por que la mutación no podría fijarse en la descendencia; si en cambio, no fuese absoluta, la objeción sería muy débil y la doctrina de De Vrie adquiriría extraordinaria importancia.

Ahora bien, es evidente que en la apreciación del alcance de estos hechos, pesan extraordinariamente los conceptos que la Historia Natural en su aspecto formalista, morfológico y estático, ha transmitido a la Biología. Me refiero esencialmente a los conceptos de género, especie, variedad, raza, variación. De aquí la importancia que nosotros como biólogos, debemos atribuir a los fenómenos bioquímicos, estudiando el hecho biológico humano en sus aspectos patológicos como desviación del tipo normal de la especie, potencialmente capaz de engendrar verdaderas modificaciones estructurales, anatómicas, somáticas.

Estas variaciones bioquímicas y su fijación por la herencia se presentan muchas veces a consecuencia, como he dicho, de las «enfermedades infecciosas», las cuales, deben por tanto considerarse como «factor de mutación hereditariamente transmisible» en la especie humana.

Entre los factores etiológicos de las mutaciones, pres-

cindiendo, claro está, de dar a esta palabra «mutación» un sentido naturalístico unido con el criterio de la especie, sino otorgándola el significado de una desviación considerable, aun que meramente bioquímica, pero brusca, del equilibrio de la especie en su tipo normal, uno de los agentes más importantes, es seguramente la infección sifilítica. Lo es también la infección tuberculosa; mas la infección sifilítica, en la etiología ancestral de las hemodistrofias, por ejemplo, ocupa un lugar extraordinariamente importante.

Decíamos antes que la Patología humana quizás ofrezca un buen número de datos en apoyo de la interpretación o hipótesis de Bateson sobre la teoría mendeliana. Apesar de que la hipótesis de Bateson, ha sido vivamente atacada en estos últimos tiempos por los darwinistas, como por ejemplo, por Sergi, el antropólogo de Roma, es evidente que la mayor parte de los datos que nosotros podemos recoger de la Patología humana y particularmente aquellos sobre los cuales voy a llamar la atención esta noche, hablan en favor de la hipótesis de Bateson.

Las alteraciones bioquímicas que son el fundamento patogénico de las hemodistrofias, consideradas estas últimas como desviaciones del tipo normal de la especie humana, alteraciones bioquímicas que consisten, por ejemplo—recordadas en modo rápido y somero—en la carencia o insuficiencia de algunos de los factores que determinan el fenómeno de la coagulación, como la escasez de los iones de calcio, la incapacidad de las células endoteliales para la secreción rápida y adecuada de la tromboquinasa, la fragilidad de los mismos endotelios, fragilidad que debe interpretarse en el sentido de una deficiencia funcional, el desequilibrio del sistema hormonal, las alteraciones del metabolismo del hierro en las cloróticas, la insuficiencia ovárica, el predominio del sistema autónomo sobre el simpático en otros grupos de estos enfermos, en los policitémicos, la evidente acentuada sensibilidad a los antígenos protéicos, como acontece en los que ofrecen manifestaciones de diatesis eosinofílica, en el asma esencial, en la diatesis exudativa de Czerni, a la cual se podría añadir quizás la enfermedad del edema recientemente estudiada por Schittenhelm, y tantos otros hechos que se observan en este grupo de enfermedades, aparecen más bien como disminuciones o desviaciones en el sentido de la mengua, en una palabra, como pérdidas de caracteres; por ejemplo, para emplear una expresión sintética, como pérdida de alguno o algunos de los factores del equilibrio bioquímico del medio interno y no como adquisición de nuevos caracteres.

Esta interpretación no es aplicable, sin un serio examen crítico, a todas las desviaciones del tipo normal de las especies, y ofrece particularmente muchas dificultades en el terreno de la morfología, aun que es innegable, y desde luego ya fué puesto de relieve por Darwin, el hecho de que son extraordinariamente más frecuentes las desviaciones en el sentido involutivo, degenerativo o simplificador, que las variaciones en el

sentido de la complicación y del perfeccionamiento de las especies.

Hay todavía en Bateson, una hipótesis más sutil, menos fácilmente demostrable, a la cual, sin embargo, se complace este autor en atribuir importancia excepcional en muchos casos. Me refiero a la hipótesis que llamaremos de la pérdida de los factores de inhibición o factores epistáticos, según la expresión de Bateson.

Las variaciones se deberían en algunos casos, a la desaparición de un determinante inhibitorio que de improviso deja aparecer otro carácter o un conjunto de caracteres antes ocultos, enmascarados, encubiertos o neutralizados. Así dice Bateson: «Podemos pensar que las cualidades artísticas, por ejemplo, y la misma altísima capacidad de creación del espíritu humano, son en realidad patrimonio o propiedad de todos los cerebros del tipo medio normal, pero en este tipo medio normal, hay un conjunto de factores que limitan o impiden la manifestación de aquellas cualidades. La pérdida o supresión o eliminación de esos factores de inhibición, determina el brote de los caracteres artísticos».

Esta hipótesis es en extremo difícil de comprobar, pero Bateson aduce numerosas pruebas en su favor y desde luego, puede aplicarse al estudio de las desviaciones hereditarias del equilibrio bioquímico en la especie humana.

En cierto modo, debería afirmarse, siguiendo la teoría mendeliana de Bateson, o mejor dicho, la hipótesis de Bateson para explicar las leyes mendelianas, que todos somos potencialmente hemofílicos, por ejemplo, y todas las mujeres son potencialmente cloróticas, como todos somos potencialmente policitémicos, y saliendo fuera del campo de las hemodistrofias, todos somos en potencia diabéticos, o hipotiroideos, etcétera. Y efectivamente es así: la herencia transforma en una variación específica, lo que es una mutación individual y nosotros podemos traer a contribución para afianzar y conciliar las dos grandes doctrinas de Mendel y de De Vrie, esto es la doctrina mendeliana de la herencia y la doctrina de las mutaciones, argumentos y ejemplos interesantes del campo de aquel grupo especial de hemopatías que hemos estudiado con el nombre de hemodistrofias.

El caso más interesante entre ellas es el de la hemofilia, pero no podemos tomar en cuenta el caso concreto y casi exclusivo de la hemofilia sin hacer referencia a todo el conjunto de las hemodistrofias, y principalmente sin fijar los criterios fundamentales que nos guiaron para la creación de este grupo de hemopatías y que son comunes a todas ellas, aun que en proporción distinta en las diferentes manifestaciones de las hemodistrofias.

Estos caracteres fundamentales, que he puesto de relieve reiteradas veces, son: en primer lugar, el predominio de las alteraciones bioquímicas sobre las lesiones histopatológicas; en segundo lugar, la existencia evidente de un factor hereditario; en tercer lugar, la

presencia constante de una desviación neuropática ligada siempre con un trastorno endocrino. Estos tres caracteres fundamentales de las hemodistrofias son comunes, por un lado a las diatesis hemorrágicas que comprenden las púrpuras, la hemofilia, la enfermedad de Barlow, quizás el escorbuto en su fondo orgánico, prescindiendo del factor extrínseco de la alimentación; la hemoglobinuria paroxística, las esplenomegalias hemolíticas. Por otro lado, las policitemias o eritremias y, finalmente, la clorosis, absolutamente separada en modo que yo juzgo definitivo del grupo de las anemias, y la diatesis eosinofílica que abarca desde el asma esencial hasta la diatesis exudativa de Czerni.

Precisamente, en el último número de la Revista de Hematología de Pappenheim, *Folia Haematologica*, llegado a nuestras manos en estos días, aparece un trabajo de Nägeli sobre las relaciones entre los órganos de secreción interna y los órganos hematopoyéticos, y en este trabajo, en el cual no se hace mención de mis observaciones anteriores, resumidas todas ellas y fijadas con un criterio sistemático en la monografía que se publicó en el Manual de Patología Interna de Marañón y Hernando, hace ya cuatro años coincide en gran parte el hematólogo suizo con el criterio que me sirvió de base para reunir en un sólo grupo numerosos procesos morbosos que en todos los Tratados contemporáneos de Hemopatías, se hallan esparcidos, en capítulos desligados los unos de los otros, como si no tuvieran entre sí relación alguna y sin darles ninguna unidad ni etiológica, ni histopatológica, ni bioquímica, sin encontrar la causa común que los une. No pocos entre ellos, por ejemplo Morawitz, que ha escrito el capítulo de enfermedades de la sangre en el Tratado de Mohr y Stahelin, bien conocido de todos por que se ha traducido recientemente al castellano, incluye todavía la clorosis entre las anemias, a pesar de la crítica severa que de este modo de conceptuar la clorosis había hecho Grawitz hace ya cinco años.

Pues bien, de los caracteres fundamentales de las hemodistrofias, el que me interesa principalmente poner de relieve en esta conferencia es el del predominio de las alteraciones bioquímicas respecto a las lesiones anatomopatológicas, porque no en todas las hemodistrofias se manifiesta con igual claridad este predominio y hay algunas en las cuales el predominio es absoluto, mientras hay otras en las cuales el predominio es menos evidente; por ejemplo, en la hemofilia el predominio de las alteraciones bioquímicas sobre las lesiones anatomopatológicas es evidente; para que en la hemofilia podamos encontrar un conjunto de lesiones histopatológicas y anatomopatológicas capaces de hacer pensar en un fondo anatómico ligado con la desviación del tipo normal, es preciso acudir a reunir datos que ninguno de los autores que los ha observado y los ha descrito, podría afirmar resueltamente que pertenecieran en verdad, estrictamente, exclusivamente al proceso morboso.

Pero, aún dándolos por buenos, se limitan a una hipoplasia vascular, a una leve hiperplasia ortoplástica

del tejido mieloide, a una ligera hiperplasia ortoplástica del tejido linfóide, y finalmente a lesiones de tipo histopatológico apenas demostrable en los endotelios vasales, pero de un tipo que más bien se acerca a las alteraciones químicas del citoplasma que no a las lesiones anatomopatológicas.

Sin embargo, en las púrpuras hemorrágicas, las lesiones anatomopatológicas son todavía menores, si se prescinde del momento de la manifestación hemorrágica que no puede considerarse como lesión anatomopatológica ligada al proceso morboso, sino como un momento o manifestación sintomática. Si se prescinde de eso, la lesión anatomopatológica es casi nula, por que las púrpuras hemorrágicas son estados hemorrágicos que sobrevienen en organismos, en los cuales el fondo orgánico es apenas predispuesto y sobrevienen a consecuencia, casi siempre, de factores extrínsecos. Cuando el factor extrínseco (infección, septicemia, intoxicación) ha dado lugar inmediata o tardíamente a un síndrome hemorrágico, y este síndrome hemorrágico se ha fijado como carácter de desviación del tipo normal y ha dado lugar en virtud de una transmisión hereditaria que obedece en parte a las leyes mendelianas, a un caso de hemofilia, entonces aparece en el hemofílico un conjunto de pequeñas lesiones anatomopatológicas que son la expresión de la fijación morfológica de una desviación inicialmente bioquímica.

Las púrpuras hemorrágicas y la hemofilia, deben considerarse, por tanto, como dos fases de una misma alteración bioquímica del organismo, la primera es el momento de la mutación bioquímica por la acción de un agente etiológico externo, casi siempre de un virus, un virus que lesiona, ataca, perturba en modo agudo, violento, el equilibrio bioquímico del organismo; la segunda es la expresión de una transmisión de caracteres adquiridos fijados por la herencia.

Si se hace un examen crítico de los casos de hemofilia estudiados y descritos en estos últimos veinte años, se ve que la casi totalidad de los casos descritos como hemofilia, observados en mujeres son en realidad, casos de los que los franceses llaman *hemophylie acquise*, lo cual significa «estado hemorrágico» y no significa hemofilia. La casi totalidad se escapa a esta definición terminante; existen algunos casos en los cuales no se puede afirmar que no se trató de hemofilia, es decir, que no se trató de mujeres que presentan un síndrome hemofílico sin factores extrínsecos, determinantes del estado hemorrágico y con factores hereditarios claramente apreciables, pero en realidad, la inmensa mayoría de los hemofílicos son varones, y esta vinculación del carácter hemofílico con el sexo, es uno de los hechos más interesantes desde el punto de vista de la Biología, que hace coincidir la transmisión hereditaria de este carácter patológico con la transmisión de los determinantes mendelianos de la sexualidad y, naturalmente, de los caracteres bioquímicos inherentes a la actividad específica de las glándulas sexuales y a su participación en el equilibrio hormonal. Es más; este hecho parece comprobar la bondad de la hipótesis de Bateson, de aquella hipótesis de los facto-

res inhibitorios en virtud de la cual se sostiene que la transmisión, la aparición de un carácter en un cierto número de descendientes, se verifica merced a la desaparición de un factor de inhibición, que existe y que actúa en el otro grupo de descendientes que no presentan este determinado carácter. El caso de los hemofílicos puede constituir una de las pruebas de la hipótesis de Bateson, por que es muy probable que en las mujeres descendientes de familias hemofílicas exista un factor de inhibición ligado con el metabolismo sexual, y naturalmente con el estado del equilibrio hormonal, en virtud del cual se inhibe la presentación, la manifestación del carácter hemofílico.

A esto obedecen las tentativas, todavía empíricas del tratamiento de los hemofílicos con el extracto ovárico, y una serie de observaciones experimentales apenas iniciadas, aún que ya algunos datos han sido comunicados por varios observadores acerca de animales sometidos a agentes externos hemolizantes o capaces de determinar una perturbación profunda de la hematopoyesis o del fenómeno de la coagulación, y luego estudiados en su descendencia.

Otro hecho importantísimo que pone de relieve el estudio de las hemodistrofias, es el de la presencia de «caracteres secundarios», constantes en los progenitores de los hemodistróficos; caracteres secundarios, que llamo así, para indicar que se trata de caracteres no del mismo tipo, no idénticos al carácter específico de esa determinada hemodistrofia. Por ejemplo, el estudio de la familia de las cloróticas pone de relieve la presencia en los ascendientes de dos órdenes de alteraciones, una de tipo neuropático, otras de tipo infeccioso; son los dos grandes grupos que constituyen la etiología ancestral de las cloróticas. Naturalmente, a cada uno de los dos grupos dan mayor o menor importancia los diferentes observadores, según su concepto, según la mayor importancia teórica que de antemano asignan a cada uno de esos factores.

A su vez, en las familias hemofílicas, las mujeres que son *transmisoras* del carácter determinante regresivo, o involutivo de la hemofilia, las mujeres que son transmisoras a los hijos varones los cuales son en cambio *manifestadores* de ese carácter, presentan casi todas síntomas neuropáticos, principalmente del tipo hipertiroideo; este es un hecho ya también puesto de relieve por casi todos los observadores.

¿Puede ejercer alguna influencia en la desviación de grupos considerables de la especie humana de su tipo normal, la herencia de esos caracteres adquiridos en virtud de una mutación imprevista del equilibrio bioquímico, por ejemplo, por la acción de un virus? Evidentemente, puede ejercer una considerable influencia y en dos diferentes sentidos; de los cuales, el uno es francamente degenerativo o involutivo o regresivo, puesto que se engendran organismos actualmente distróficos—, en nuestro caso hemodistróficos— potencialmente o virtualmente dismórficos, y de todos modos, desviados del tipo normal humano por carencia o por desequilibrio de factores bioquímicos transmi-

bles por herencia y capaces, quizás, como ya acontece en las cloróticas, por ejemplo, en parte en los policitémicos, de ser fijados en caracteres externos. Pero el segundo de los dos sentidos en que puede manifestarse en la descendencia este desequilibrio adquirido es mucho más interesante. Consiste en esto: que en todos o en la mayor parte de estos organismos víctimas de un desequilibrio bioquímico sobre todo en sus formas hereditarias, bien directas, bien indirectas, se observa un maravilloso esfuerzo de adaptación en virtud del cual todos los demás sistemas, y muy principalmente, el sistema nervioso, supremo coordinador de las energías intraorgánicas, intentan neutralizar las flaquezas y deficiencias de la propia naturaleza y resultan como afinados y dotados de más exquisitas sensibilidades, apetencias, aspiraciones e impulsos. Y aún renunciando, si sentimos alguna repugnancia hacia ella, a esta interpretación teleológica o finalista, que pone en relación el estado del sistema nervioso de estos organismos con su situación de «desviados» del tipo normal de la especie, permanece el hecho concreto, el hecho incontrovertible, el hecho de observación que dice que en una gran mayoría de estos enfermos, como en los que nacen de padres sífilíticos o de familias sífilíticas, o de padres tuberculosos, o de familias tuberculosas, y revelan desde niños los signos de un terreno, de un «medio interno» perturbado en su constitución bioquímica por los venenos ancestrales, se aprecian no solamente la vibrante expectación y el anhelo de las cosas bellas que la vida ofrece—aspectos emotivos de la reacción nerviosa, que no nos interesan desde el punto de vista de la Biología social—, sino también dotes singularísimas de inteligencia, tendencias peculiares hacia las Artes, gran intensidad del pensamiento en sus formas más abstractas y más generalizadoras, a veces raras y sublimes aptitudes para las más altas expresiones del sentimiento poético o musical.

Así la Humanidad, como las especies todas, transforma en resultados beneficiosos hasta las desviaciones morbosas de sus tipos normales.

La patología y la terapéutica de la sífilis a la luz de las investigaciones modernas ⁽¹⁾

—o—

DE UNA CONFERENCIA HECHA EN EL COLEGIO DE MEDICOS DE VIENA POR EL PROFESOR E. FINGER (WIENES KLINISCHE WOCHENSCHRIFT, 29 ABRIL 1920).

La ausencia de manifestaciones inflamatorias, el poco dolor, la falta de tendencia curativa, el color rojo oscuro, la pequeña superficie de la herida, deben sorprender. La mayor parte de las veces, es-

(1) Véase el número anterior.

Las formas atípicas van acompañadas de un considerable infarto ganglionar, la demostración del espirocheto es frecuentemente difícil en la esclerosis amigdalina, pues en el maremagnum de los numerosísimos espirochetos bucales no se logra el reconocimiento del espirocheto pálido. Finalmente, nótese que en las lesiones iniciales recientes y pequeñas se encuentra con más facilidad el espirocheto que en las lesiones antiguas, en las cuales, los espirochetos han penetrado más en la profundidad y han desaparecido de la superficie. Quiero sin embargo, defenderme de la suposición que se me pudiera atribuir, pensando que yo no doy toda la significación que tiene a la manifestación del espirocheto en el diagnóstico inicial de la sífilis; hablo sólo fundado en una rica experiencia, teniendo muy en cuenta muchos conceptos falsos todavía extendidos, que hago notar; afirmando que el dato negativo sólo tiene valor cuando se examina el enfermo con la mayor atención y que en una lesión sospechosa clínicamente, cuando la investigación del espirocheto resulta negativa debe repetirse con el mayor esmero y que, finalmente, la experiencia clínica es la que debe guiarnos cuando y cómo debemos hacer esa investigación. Sólo esa unión de la experiencia clínica y de la investigación microscópica puede traer frutos abundantes en el tema, tan esencial hoy, del diagnóstico inicial de la sífilis, mientras el proceder de una sola de estas dos maneras puede sólo traer perjuicios al enfermo. Así los que han tomado parte en la Conferencia del Salvarsán en el Ministerio del Interior de Berlín, en febrero de 1919, que son los especialistas de mayor autoridad, entre ellos Wassermann, han expresado su convencimiento que «el diagnóstico pronto, tan esencial para el tratamiento, se establecerá con mayor seguridad cuando el médico experimentado pueda apreciar los datos clínicos y establecer el diagnóstico del espirocheto.»

Si una lesión se reconoce como inicial de la sífilis, se establecerá inmediatamente un tratamiento enérgico. Este tratamiento consistirá en el empleo del mercurio y del salvarsán, unas treinta fricciones o diez inyecciones mercuriales de salicilato de mercurio o de calomelanos y cinco o seis dosis medianas de salvarsán o de neosalvarsán. El fin de este tratamiento es destruir el virus sífilítico antes de que penetre con el aparato circulatorio en todo el organismo. Este objeto sólo se logra de manera positiva, cuando la reacción Wassermann de la sangre, hecha al principio de la cura, era negativa y negativa permanece durante todo el período de la cura. Si así ocurre, en la mayoría de los casos, la sífilis cura con este tratamiento de modo tan completo que, como se ha dicho, puede ocurrir una nueva infección. Este gran resultado que ahorra al enfermo el largo tratamiento de la sífilis secundaria y los peligros de los estadios finales de la sífilis y asegura todo el porvenir del enfermo, este triunfo debe agradecerse el salvarsán y representa el gran mérito

del descubrimiento de Ehrlich. En las condiciones dichas, es sólo necesaria una cura, pero se hará bien en examinar la sangre del enfermo un año después con la reacción de Wassermann.

Si la reacción de Wassermann en la sangre del enfermo era positiva antes de la cura, lo que suele ocurrir hacia la séptima semana después de la infección o en el curso de la cura dió la sangre una reacción positiva, ya no se trata sólo de una lesión inicial pura, ya han ido muchos espirochetos a la sangre y puede tener lugar su salida de la sangre en uno otro órgano; entonces nos encontramos en un caso análogo a cualquier otro de sífilis secundaria. Si la reacción de la sangre ya era positiva, debemos no obstante empezar inmediatamente la cura, pues aun en estos casos, con una cura enérgica de mercurio y salvarsán, podremos lograr en algunos casos el resultado de una cura abortiva, pero la obtención de una reacción negativa Wassermann, no nos asegura que el enfermo, después de algunos meses y hasta un par de años pueda tener algún exantema y papulas mucosas. Ante estos casos, debe ser nuestra conducta análoga a la que sigamos con las sífilis secundarias. Como reglas generales del tratamiento de las sífilis secundarias, debe tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

1.^a El enfermo necesita un tratamiento largo, crónico e intermitente, que debe consistir en la combinación del salvarsán con el mercurio. El neosalvarsán es mucho menos enérgico en sus efectos que el salvarsán primitivo; se recomienda, sin embargo, por la sencillez de la preparación de sus disoluciones, ya que puede administrarse por vía intravenosa en pequeña cantidad de agua destilada y con una jeringuilla. Recientemente Kolle ha dado dos nuevas combinaciones de salvarsán—el silversalvarsán (salvarsán de plata) y el sulfoxilsalvarsán—. La técnica de la administración del primero es más difícil que la del neosalvarsán, porque se trata de una disolución muy oscura, y no se puede ver la entrada de la sangre en la jeringuilla para obtener la demostración de que la aguja se halla dentro de la vena, lo que obliga a puncionar primero la vena, y cuando sale la sangre, aplicar la jeringuilla. Como el salvarsán de plata determina en los tejidos viva inflamación, hay que tener gran cuidado en que el líquido llegue con absoluta seguridad a la vena. La inyección del sulfoxil de salvarsán, que ya está disuelto en ampollitas de cristal, es, por el contrario, muy fácil. Los resultados de las inyecciones de salvarsán de plata son favorables, según se dice. En mi Clínica se emplea ahora; pero, acostumbrado sólo a juzgar después de series de investigaciones y observaciones, quiero reservar todavía mi opinión.

2.^a La primera cura; que debe empezar inmediatamente, lo mismo si se trata de una lesión inicial con seroreacción positiva, que si ya son demostrables manifestaciones secundarias, consiste en una enérgica

gica cura mercurial (fricciones o inyecciones intramusculares de mercurio o de calomelanos) y la administración de suficiente cantidad de neosalvarsán, por lo menos cinco o seis inyecciones de las dosis medias (III-IV-V). Debe insistirse en la administración de una cantidad suficiente de neosalvarsán, porque la experiencia de los últimos años ha demostrado que el empleo de dosis demasiado pequeñas en este estadio de la sífilis secundaria reciente puede ser peligroso para el enfermo. En los primeros tiempos del empleo del salvarsán ocurrió en un número de casos relativamente grande la aparición de manifestaciones alarmantes por parte de los nervios cerebrales, hemiplejías, parálisis en la zona del óculo-motor, del facial, enfermedades del óptico, del acústico, del vestibular, manifestaciones como ya se veían algunas veces antes de la época del salvarsán, y que son debidas a enfermedades sifilíticas de los vasos cerebrales de la base. Se presentó la pregunta: ¿Se trata de arseno-toxicidad o de manifestaciones sifilíticas? Pero pronto la experiencia demostró que estas manifestaciones curaban con el tratamiento por el salvarsán y que con tratamiento suficiente por el salvarsán podían evitarse, y se demostró que se trataba sólo de manifestaciones sifilíticas provocadas por una dosis insuficiente de salvarsán. El mecanismo de la constitución de estas formas de la enfermedad se hizo comprensible por el hecho que, al igual que otros preparados de arsénico, el salvarsán se reparte en el organismo con mucha desigualdad y llega en muy poca cantidad a los centros nerviosos y a sus cubiertas. Si además la dosis que se introduce en el cuerpo es pequeña, la cantidad que llegue a los centros nerviosos será insuficiente, aunque puede bastar para la piel, y, por lo tanto, de las dos localizaciones esenciales de la sífilis secundaria reciente, los focos proliferantes en la piel curarán, pero los nidos de espirochetos de las meninges no serán alcanzados y no participarán de la acción inmunizadora.

3.^a La primera cura debe prolongarse todo el tiempo necesario hasta hacer negativa la reacción de Wassermann. En los casos en que no basten el mercurio y el salvarsán, se alcanzará con frecuencia este objeto elevando repetidas veces y durante largo tiempo la temperatura del paciente por medio de inyecciones de leche, de artífón, etc., etc., mientras se hace la cura.

4.^a El objetivo de las curas ulteriores debe ser conservar negativa la reacción Wassermann que ya es negativa. Hay, por lo tanto, que empezar la segunda cura en una época en que todavía es negativa la reacción. Comenzamos de ordinario la cura inmediata a los tres, y cuando más tarde a los cuatro meses de terminada la primera, y ordenamos de nuevo una serie de inyecciones de mercurio y de salvarsán, en ocasiones al mismo tiempo que provocamos la fiebre. Aunque continúe negativa la reacción de Wassermann, repetimos las curas. Puedo establecer

como proposición fundamental, que después de la última reacción Wassermann positiva hay que administrar, por lo menos, tres curas, con un intervalo de una a otra de tres meses.

5.^a Si el resultado de la punción lumbar es positivo, hay igualmente que intentar hacerlo negativo y que se conserve negativo, lo que se obtiene con los mismos medios de mercurio, salvarsán y fiebre, aunque en la mayor parte de los casos el tratamiento debe ser más enérgico.

6.^a También en los períodos latentes tardíos de tres, y hasta cuatro años de fecha; casos de serorreacción positiva y reacción positiva del líquido cefalorraquídeo, se recomienda el mismo método de curas repetidas y más enérgicas, empleando todos los métodos, aunque hay siempre que contar con un tanto por ciento de fracasos y hay que suspender las curas después de varias repeticiones sin obtener el resultado apetecido de hacer negativa la reacción y conservarla negativa.

7.^a Si desde la infección han pasado cuatro a cinco años y el enfermo ha hecho sus curas convenientes, y han transcurrido, por lo menos, dos años sin recidiva, nada se puede decir contra un proyecto de matrimonio. La reacción de Wassermann no desempeña ningún papel para autorizar un permiso de matrimonio, porque no tiene ningún valor para decidir si el enfermo podrá infectar a su mujer. Esta cuestión debe resolverse sobre bases clínicas puramente empíricas. En cuanto a la sífilis de la mujer, es mucho más peligrosa para la sucesión; una reacción Wassermann positiva en la mujer es mucho más temible; en las mujeres hay que determinar con mayor precisión las circunstancias, y en caso de reacción positiva, hay que practicar un tratamiento enérgico aun durante el embarazo.

8.^a De las enfermedades tardías del sistema nervioso central, entre las que consisten en enfermedades de los vasos y formas gomosas, la mayor parte se influyen muy bien por una terapéutica antisifilítica; la tabes y la parálisis general no ofrecen aun ante la terapéutica enérgica más que un resultado sintomático. Como, según ya se ha dicho, el líquido cefalorraquídeo positivo apenas se puede modificar favorablemente de modo duradero por un tratamiento antisifilítico, se ha recomendado por varios autores un tratamiento local, que consiste en la inyección en el conducto raquídeo de pequeñas dosis de neosalvarsán o de suero salvarsanizado, es decir, de suero sanguíneo de un enfermo a quien poco tiempo antes se ha inyectado el salvarsán por la vía endovenosa. Los resultados de este tratamiento son todavía dudosos.

Y así vemos cómo los progresos de las nuevas investigaciones nos permiten ver más profundamente en la patología de la sífilis y realizar una terapéutica más afortunada, pero al mismo tiempo plantean problemas cuya solución es esperada.

Anatomía Patológica Ocular⁽¹⁾

Curso del Profesor Fuchs, de Viena

Madrid, enero-febrero, 1920

POR EL

DOCTOR MANUEL MARIN AMAT
oculista del Hospital Provincial de Almería

CURSO TEÓRICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA OCULAR
CON PROYECCIONES, EXPLICADO POR EL PROFESOR
FUCHS, DE VIENA, EN MADRID DESDE EL DÍA 12 DE
ENERO HASTA FIN DE FEBRERO DE 1920

Serie de sarcomas de la coroides.

Dice que el sarcoma de la coroides se desarrolla muy lentamente, tardando años en su evolución, y cita el caso de un hombre que padecía un sarcoma melánico en la región ciliar, que lo veía periódicamente, y tardó ocho o diez años en evolucionar, hasta aparecer los dolores y necesitar la enucleación.

1.^a *Sarcoma en forma de hongo o seta* de la coroides. Se ve formado por un *pie*, que asienta en la coroides; un *cuello*, que corresponde a la rotura de la lámina vítrea, y una *cabeza*, que cae en el espacio de la retina desprendida, a la que levanta y ocupa el espacio que deja al despegarse.

2.^a *Sarcoma* (blanco), no pediculado de la coroides (muy raro), que ha infiltrado la región ciliar y el ligamento pectíneo, y en la superficie del iris hay una capa sarcomatosa.

3.^a *Neoplasia* (melánica) en período glaucomatoso, de base de implantación muy ancha, el iris y el cristalino están empujados hacia la córnea y la retina totalmente desprendida en embudo.

4.^a *Sarcoma* (melánico) circumpapilar. El nervio óptico está rodeado, cubierto o infiltrado de nódulos sarcomatosos. Raro en el sarcoma y frecuente en el glioma.

5.^a *Sarcoma* (melánico) en sábana, la retina está desprendida. El tumor abarca la mitad inferior del espacio subretiniano y es muy plano.

6.^a (Melánico) sarcoma que rodea totalmente a la coroides, y hay también otro tumor epibulbar y masas alrededor del nervio óptico.

7.^a *Sarcoma en sábana* que ha roto la córnea por la periferia y cubre en forma de gran tumoración esta membrana. Con respecto al sitio que sigue la neoplasia para hacerse extraocular, éste es de los vasos emisarios (ciliares anteriores, posteriores y vorticosas). Se ve en esta preparación la vena vorticiosa (una de ellas) convertida en un cordón macizo de células sarcomatosas, siendo éste el mecanismo de las metástasis.

8.^o *Sarcoma melánico de la coroides* que ha ocupa-

do el cuerpo ciliar e iris, pero a la vez existe en estas membranas una infiltración de oftalmia simpática.

Hay sarcomas pequeños de la coroides que determinan hipertensión, y, en cambio, otros más grandes no llegan a producirla sino muy tardíamente. No se sabe verdaderamente la causa, aunque parece esta relacionado con la caída de células sarcomatosas en la cámara anterior que obturan el ángulo de filtración, con la desaparición de este ángulo, por pegarse el iris a la córnea, y con la *obliteración de alguna de las venas vorticosas o de las ciliares anteriores*.

12.^a conferencia del día 6 de febrero de 1920.

Evolución de los sarcomas.—Otros tumores de la coroides.—Tuberculosis de la coroides.—Glaucomas.

Evolución de los sarcomas de la coroides.—Ya explicó en la conferencia anterior el curso evolutivo clásico de los sarcomas de la coroides con sus cuatro periodos clásicos como todas las neoplasias intraoculares en general; pero hoy nos muestra varias preparaciones, en las que se ve que el sarcoma de la coroides puede evolucionar hacia el *reblandecimiento y necrosis del mismo* y hasta a la *curación espontánea* (conoce dos casos) absoluta o solamente con relación al ojo, puesto que suele ocurrir que estos sarcomas ya necrosados antes de llegar a este resultado hayan producido metástasis que originen la muerte. Otras veces ocurre que el tumor intraocular está necrosado y las irrupciones extraoculares que él ha ocasionado conserven una perfecta vitalidad, y hasta puede ocurrir, y ya vimos una preparación muy demostrativa en la conferencia anterior, que pueden llegar a transformarse (iris y procesos ciliares) en procesos de oftalmia simpática. Pueden también calcificarse. Cuando se necrosan, el globo se atrofia poco a poco, después de haber pasado del período glaucomatoide a otro de hipertonia progresiva. En estos ojos atrofiados se observan las lesiones típicas de la atrofia.

Primera preparación. *Sarcoma* que en el centro está necrosado y en la periferia las células conservan una perfecta vitalidad y entre ambas zonas existe una pigmentación más aumentada.

Segunda preparación. *Sarcoma necrosado* en totalidad dentro del ojo; pero está en vitalidad alrededor de la córnea.

Tercera preparación. *Necrosis de la córnea* en el centro, con desaparición de las células fijas.

Cuarta preparación. Atrofia del ojo consecutiva a necrosis de un sarcoma de la coroides.

Con respecto a la diferencia etiológica entre los sarcomas blancos y melánicos, dice Fuchs que él los cree del mismo origen, siendo accidental lo del pigmento, puesto que los blancos en contacto del aire sufren una oxidación y se vuelven oscuros, pigmentados, y nos presenta una preparación, en la

(1) Véase el número anterior.

que hay trozos de sarcoma con pigmento y otros sin él.

Dice que hay algunos casos, aunque muy raros, de curación del glioma de la retina.

Otros tumores de la coroides.

1.^a *El carcinoma* no se encuentra de un modo primitivo en la coroides por ser de origen epitelial, y no pueden desarrollarse en los tejidos debidos al mesodermo. Cuando existe el carcinoma en esta membrana es de origen metastásico y en forma de sábana, es decir, muy aplanado y extendido, y parece adoptar la forma de un adenocarcinoma. Se ve muy bien en la preparación. El carcinoma del estómago y el de los órganos genitales son los que más metastasis producen en la coroides.

2.^a *El cilindroma*: la infiltración metastásica ha invadido a la vez el nervio óptico.

3.^a *Tumores benignos*: rarísimos y es sólo el angioma y nos presenta una preparación (es de su discípulo, el doctor Chevarría, de Zaragoza) de un pequeño angioma de la coroides. Entre los vasos se ve un acúmulo linfocitario.

Tuberculosis de la coroides.—La uvea es el sitio habitual de la tuberculosis ocular. En la retina se presenta muy rara vez. Es más frecuente en la infancia y adolescencia, y sea cualquiera el tipo clínico que acepte, siempre se observa la estructura propia de las lesiones tuberculosas: células gigantes, epitelioides e infiltración linfocitaria. Clínicamente se observan: 1.º, la tuberculosis miliar; 2.º, la forma difusa, y 3.º, la forma de tuberculoma gigante o granuloma infeccioso.

Primera preparación. *Tuberculosis miliar* de la coroides. Al oftalmoscopio pequeñas elevaciones, más pequeñas que la papila, de color amarillento, que están esparcidas y en pequeño número por el fondo del ojo. En un corte se ve que están formadas por todos los elementos del tubérculo: células gigantes, células epitelioides y linfocitos.

Segunda preparación. *Tuberculosis difusa*, tubérculos muy pequeños y numerosísimos, unidos unos a otros, que no hacen relieve por separado, sino que en conjunto contribuyen a engrosar la coroides. El iris y procesos ciliares también están infiltrados. Coroiditis tuberculosa.

Tercera preparación. *Tubérculo de la coroides*. Tubérculo gigante, que en el corte denuncia con la coloración un aspecto caseoso típico de las lesiones tuberculosas. Este tubérculo ocupa casi todo el ojo.

Cuarta preparación. *Tubérculo gigante* de la coroides, que ha roto la esclerótica y deja salir grandes masas tuberculosas del interior del ojo, y lo mismo ocurre en el sitio del nervio óptico, donde otras masas invaden la órbita, después de haber invadido el nervio. Estas son masas caseificadas. Algunas veces el proceso puede detenerse y acabar con la atrofia del ojo sin rotura, por caseificación y hasta calcificación del tubérculo.

Glaucoma.—Patogenia: Dice que las lesiones primarias son la soldadura del ángulo de filtración (de Knies) y la excavación del nervio óptico, y que las lesiones vasculares, de la retina, etc., son secundarias. La soldadura de Knies cree él que es el *factor causal* en muchos glaucomas; por ejemplo, en los secundarios. Nos dice que de dos maneras puede adherirse el iris a la córnea para producir la soldadura: la primera, por empuje del iris por los procesos ciliares (hichados) y del cristalino por aumento de la presión interna sobre la córnea, y segundo, por el espesamiento del iris al dilatarse la pupila. Cuando esto ocurre (midriasis), el iris se pega a la córnea por su esfínter y queda en la raíz del iris, sin pegar a la córnea, una especie de conducto, que después desaparece. Siempre que se irrita el ojo la pupila se contrae y se puede evitar de este modo el ataque de glaucoma de un modo pasajero.

Primera preparación. Ojo glaucomatoso en que la soldadura del ángulo de filtración es completa y existe una excavación glaucomatosa muy acentuada y unas vacuolas en el espesor del nervio óptico que separa sus fibras, y que se llaman lagunas de Schnabel, que están ocupadas por el edema.

Hace la separación entre la excavación fisiológica de la papila y la patológica. En la fisiología, la *excavación ni pasa de la lámina cribosa ni llega a los bordes de la papila*.

La excavación patológica de la papila está formada por un ensanchamiento del canal óptico de la esclerótica en forma de cúpula, cuya entrada es muy estrecha con relación al fondo, que es más ancho y más o menos profundo. Los vasos se ven incurvados a la salida de la papila; en ocasiones no se ve el origen por estar cubiertos por los bordes de la excavación. La lámina cribosa está rechazada hacia atrás y ocupa el fondo de la excavación. En ocasiones parece que no hay excavación por estar ésta ocupada por un tejido de nueva formación (gliomatoso), y aun hay veces que se observa un edema que enmascara la excavación, especialmente después de la iridectomía en operaciones hipotonizantes. Aún se nota alguna vez, y nos presenta una preparación muy típica, que la lámina cribosa ocupa su sitio normal, no está deprimida y sólo se aprecia la atrofia de las fibras nerviosas, y hubiera sido tomado por tal de no haber comprobado el tonómetro un aumento de la tensión.

(Se continuará)

Bibliografía

La casa The Macmillan Co., de Nueva York, acaba de publicar una obra interesante de verdadero mérito, debida a la pluma de H. Sheridan Baketel, A. M., M. D., cuyo título es «El tratamiento de la sífilis». En ella se trata por completo, y en forma convincente, de la medicación intravenosa e intramuscular, así como

de la administración de arsénamina o neoarsénamina, dando punto por punto y con toda minuciosidad, el propio método para conseguir la introducción de los compuestos de arsénico en el sistema circulatorio.

Hablando del tratamiento posterior en los casos de aplicación de inyecciones intramusculares, dice el autor:

«En Inglaterra y en el continente de Europa es costumbre, después de dar una inyección intramuscular, cubrir la parte del cuerpo adyacente con algodón hidrófilo esterilizado, que se fija por medio de colodion elástico. Se recomienda a los pacientes guarden cama por veinticuatro horas, y, según relaciones, en la mayoría de los casos, sólo se quejan de alguna rigidez en la cadera y muslo, y, ocasionalmente, de dolor en las extremidades inferiores.

Algunos doctores también utilizan una aplicación arcillosa como la antiflogistina, en lugar del algodón. Acostumbran cubrir la totalidad de la superficie glútea con una espesa capa de antiflogistina debidamente calentada, cubriéndola después con gasa y colocando sobre ésta el algodón hidrófilo. Este procedimiento parece producir buenos resultados después de la inyección intramuscular, pues no solamente evita dolores y, en gran parte, la formación de abscesos, sino que permite al paciente acudir a sus ocupaciones».

El doctor Baketel es profesor de Medicina e Higiene Preventiva y Lector de Enfermedades Génito-Urinas y Sífilis en el Colegio-Hospital de Long Island, Brooklyn, N. Y.; Asistente-Sifiliógrafo y Jefe de Clínica en el Volunteer Hospital de Nueva York; Cirujano Génito-Urinario en la «House of Relief» del Hospital de Nueva York; teniente coronel de la Reserva Médica del ejército norteamericano, etc., etc.

Periódicos médicos

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Síndrome de Hutinel con hepatoptosis.—Los doctores Acuña y Garrahan han presentado a la Sociedad Argentina de Pediatría el siguiente caso:

«Niño de trece años, ingresa al servicio del profesor Acuña en diciembre de 1919. Antecedentes hereditarios y personales sin importancia; había sido sano y robusto hasta tres o cuatro meses antes. Entonces los padres notan que el niño desmejora en su estado general y que amanece con los párpados hinchados; poco tiempo antes de su ingreso tenía además en los maleolos cierto grado de astenia. Sin embargo, iba a la escuela y hasta jugaba al *foot-ball*.

El examen revela los edemas ligeros, cierto grado de taquicardia, subcianosis, área cardíaca normal, no palpándose ni viéndose la punta, y con tonos alejados, base derecha oscura y con frotos, hígado grande y descendido.

El tratamiento antilúético interno lo mejora algo. Cuatro reacciones de Wassermann en la sangre (antes,

durante y después del tratamiento) dieron resultado negativo. Orina normal, retardo en la eliminación de agua y cloruros, la fenolsulfonftaleína se elimina bien, cantidad normal de urea en la sangre. Hipotensión arterial, tomada con el Pachon. Hipofuncionalismo cardíaco (prueba de Lian). Ultimamente se acentúa la retracción del hemitórax derecho (mide dos a tres centímetros menos que el izquierdo), y el área cardíaca, controlada con Rayos X (rayo normal), está colocada en el centro del tórax (corazón retraído hacia la derecha). Las radiografías evidencian la situación mediana del corazón, que no está grande (no hay lesión orificial), las sombras hiliares y mediastínicas rodeando al corazón, el proceso de base derecha, el marcado descenso de la cúpula diafragmática derecha (se muestran cinco radiografías).

Se trata de una perivisceritis del tipo descrito por Hutinel: mediastino pericarditis con sínfisis, pleuritis, perihepatitis, hígado grande (cirrosis?) Proceso inflamatorio de tendencia fibrosa, retráctil (diagnóstico anatómico, que puede fundarse en las características clínicas del proceso).

La tuberculosis interviene muchas veces en esos procesos; en el caso, no ha habido sino ligeros movimientos subfebriles, escasos días. Parece ser que la heredosifilis interviene también casi siempre en esos enfermos; sin embargo, no puede afirmarse con seguridad aquí: el niño no era clínicamente un heredolúético, las sero-reacciones fueron negativas, antecedentes no existían, el resultado del tratamiento fué muy mediocre. La sangre de la madre, sin embargo, dió Wassermann francamente positiva; ese dato, y lo que dice la experiencia clínica de estos casos, permite sospechar que se trate de proceso tuberculoso en terreno heredo lúético.

La falta de ascitis, tan característica del síndrome, ha sido anotada por Hutinel en algunos casos.

Es muy particular la pobreza de los síntomas subjetivos del niño: no se queja de dolores, ni de cansancio, a pesar de sus extendidas lesiones y de su insuficiencia cardíaca.

Por fin, la hepatoptosis hace la nota más especial del caso. El hígado caído, que la semiología determina y los Rayos X confirman, es difícil de explicar cómo y por qué se ha producido.»—(*Semana Médica*, Buenos Aires, 1-7-920.)

2. La acción de la hierba mate sobre la secreción gástrica.—Los doctores Udaondo, Goñalon y Carrulla, han estudiado la acción de esta yerba sobre los jugos gástricos y después de varias observaciones, algunas de las cuales refieren, establecen las siguientes conclusiones.

1.^a La yerba mate actúa sobre la secreción gástrica, elevando considerablemente sus valores ácidos, especialmente la acidez total y el ácido clorhídrico libre.

2.^a En ciertas formas de quimos aclóricos, con la

ingestión de yerba mate se provoca un apreciable aumento de clorhidria, con aparición del ácido libre. Es útil retener este dato por sus aplicaciones en patología estomacal, en sus posibles aplicaciones en las hipo y anaclorhidrias funcionales, tan frecuentes en clínica.

3.^a Dado el mate en pleno período digestivo, no modifica la curva secretora.

4.^a La yerba mate no prolonga de manera apreciable el ciclo de la secreción.

5.^a Por grandes que sean las variaciones provocadas por la yerba mate sobre la acidez, los enfermos no experimentan, en nuestras experiencias, perturbaciones subjetivas. — (*La Prensa Médica Argentina*, 30-7-920).

.....

EN LENGUA EXTRANJERA

3. La acción antigénica de los bacilos de Friedmann, por el doctor F. Lust. — Los bacilos de Friedmann serían activos en opinión de su autor, porque, al revés de los saprofitos ácidosresistentes, poseen propiedades antigénicas semejantes a las de los bacilos tuberculosos humanos. Para demostrar la exactitud de esta afirmación, Friedmann inyectó a niños recién nacidos con reacción de Pirquet negativa por vía intraglútea sus bacilos, con los cuales resultó que, pasados simplemente unos días, la reacción de Pirquet fué positiva y siguió siéndolo mientras en el cuerpo existieron vivos bacilos de Friedmann. Selter hace constar con razón que esta afirmación es muy extraña, pues pugna con todo lo que sabemos acerca de la aparición y desaparición de la reacción a la tuberculina en los niños en general y acerca de la reacción de los recién nacidos en particular. Además, tampoco ha sido confirmada por nuevas investigaciones hechas en niños de pecho. Todavía resulta más chocante que haciendo experimentos en condiciones infinitamente más adecuadas para que apareciesen manifestaciones de reacción, como es el caso cuando se practica una inyección intravenosa de tuberculina obtenida con bacilo de Friedmann a un cobaya fuertemente tuberculoso, falta toda reacción. Selter, observando que falta una acción antigénica homóloga de los bacilos de Friedmann, respecto a organismos tuberculosos, deduce con razón que dichos bacilos no son otros que los que producen la tuberculosis en los animales de sangre fría, y que respecto al hombre o a los animales tuberculosos de sangre caliente desempeñan simplemente el papel de saprofitos ácidosresistentes. El autor hizo ya en 1914 experimentos en este sentido, observando que no consiguió nunca en niños tuberculosos que casi todos habían pasado ya de la edad de la lactancia provocar reacción mediante la inyección intracutánea de tuberculina preparada con bacilos de la tuberculosis de la tortuga, que son los que emplea Friedmann, de donde sacó en consecuencia que si es que existe algún parentesco entre estos bacilos y los de la tuberculosis humana, debe ser muy distante. Todavía hay más. Ya que no había podido demostrarse la acción

antígena homóloga de los bacilos de Friedmann respecto a los hombres tuberculosos, hubiera sido por lo menos digno de tenerse en cuenta si se hubiera conseguido demostrar que poseían una crecida afinidad por la célula humana que bastase para provocar una reacción de hipersensibilidad. Mas ni siquiera esto fué posible, por lo menos con el método intracutáneo, que fué el único empleado entonces; los niños tuberculosos previamente tratados con bacilos de Friedmann no daban reacción de Pirquet si después se los trataba por una tuberculina homóloga, es decir, obtenida también con bacilos de Friedmann. De todo esto llega el autor a la conclusión de que el bacilo de Friedmann no es un antígeno (se entiende desde luego un antígeno específico, no teniendo para nada en cuenta la acción de antígeno que desarrolla todo cuerpo protéico. — (*Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 22 de julio de 1920.)

.....

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Simulación de chancro sifilitico por necrosis de una herida del surco coronario del pene tratada por el ortoformo, por C. Sachs. — A las numerosas observaciones de casos voluntariamente simulados, hay que añadir las de los producidos por el uso de ciertos medicamentos, sin propósito de simulación.

De éstos es el presente caso, en el que la falta de exposición al contagio, la completa curación sin tratamiento específico y la inmediata aparición de los síntomas tras la aplicación del ortoformo, hacen lógicamente atribuibles a éste los fenómenos observados. He aquí el caso:

Paciente de 49 años, médico; tras un coito matrimonial, apareció en el surco coronario una erosión que curó completamente con el tratamiento aséptico; quedó, sin embargo, cierta sensibilidad y tendencia a reproducirse erosiones dolorosas en el mismo sitio en los coitos siguientes. Consultó con un especialista que le dispuso pincelaciones con solución de nitrato de plata al 10 por 100, expolvoreando después con xeroformo. Tuvo que curarse por sí mismo en su casa el paciente, y como careciera de xeroformo le sustituyó, una sola vez, por ortoformo. Cuando se presentó a observación, su estado era el siguiente:

Edema de toda la piel del pene; enrojecimiento intenso de la piel suprapubiana; escroto edematoso. En el lado derecho del surco coronario excavación por pérdida de substancia, del tamaño de una lenteja, de color gris oscuro, abrigada, de centro necrótico, y de bordes duros, casi cartilagosos. Al tocarla, la úlcera era dolorosa. En el dorso del pene no se apreciaba ningún cordón linfático. En la región inguinal derecha existían varios infartos ganglionares, de tamaño variable del de una avellana a una nuez, ovoideos, duros, algo dolorosos a la presión y cubiertos por piel no enrojecida.

Su aspecto clínico daba, pues, la impresión de chan-cro sifilítico. No era extraño que no se pudiera encontrar el espiroquete tras la aplicación del xeroformo, ertoformo y nitrato de plata; sin duda este último había contribuido al endurecimiento de los bordes.

La pomada boricada de lanolina contra el eritema y la dermatitis, la pasta de zinc en la herida y los fomentos con solución de acetato de alúmina contra los infartos inguinales, bastaron para que se efectuara la curación en quince días. (*Wiener Klinische Woch.*, 29 de julio de 1920.)—L. P.

CIRUGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. De la hemigastrectomía en el estómago bilocular, por M. Gonlliond.—La hemigastrectomía, llamada también pilorogastrectomía, es una operación excelente, y la de la elección entre las numerosas intervenciones propuestas para el estómago bilocular por úlcera. La gastroenterostomía es la operación de urgencia, o de necesidad y los demás métodos no tienen más que indicaciones raras cuando las gastrectomías, no son o son muy difícilmente realizables. Este trabajo da cuenta de cuatro hemigastrectomías, con resultado clínico satisfactorio en todas ellas. Se trataba de cuatro mujeres, operadas con anestesia general con éter, menos una de ellas que lo fué con anestesia local; las mujeres soportan mucho mejor que los hombres las intervenciones largas de la cirugía gástrica, presentando además menos complicaciones pulmonares. En los hombres conviene operar con anestesia local o regional y hacer la operación en dos tiempos separados; en una primera intervención, practicar la enteroanastomosis en la bolsa cardíaca del estómago bilocular; en una segunda, practicar la hemigastrectomía. La exéresis de la bolsa pilórica, se lleva a cabo como la operación de Peau para el cáncer, es decir, liberando desde luego el estómago de sus mesos, a lo largo de las curvaturas y después se hace la exéresis comenzando por la sección del duodeno, o a la inversa, comenzando por la sección por encima de la estrechez gástrica.—(*Presse Medicale*, núm. 58, 18 agosto 1920). E. Luengo.

2. Las picaduras de las pulgas y la urticaria puligosa, por el doctor E. Hoffmann.—Acerca del efecto de las picaduras de las pulgas sobre la piel se suele encontrar poco en los libros de texto y menos acerca de los abones que en algunos individuos se producen (urticaria pulicosa) y, sin embargo, este trastorno merece ocuparse de él. Alrededor de la placa de urticaria se encuentra una zona pálida que se ha intentado explicar mecánicamente por el acto de la succión. El

autor le explica desde hace mucho tiempo por la diferente concentración del veneno que la pulga deposita en la piel. Este veneno tiene dos acciones: por una parte excita la secreción de los endotelios y da lugar al edema agudo por excitación que es particular de la urticaria y aparece al cabo de algún tiempo. Por otra parte actúa sobre los elementos contractiles de las paredes de los vasos. Esta última acción es mucho más intensa en el interior del abon que en la periferia. Pero como muchas veces ocurre que la acción de un veneno cuando está muy concentrado es sensiblemente diferente de la del mismo cuando actúa más diluido, no tendría nada de particular que el de las pulgas actuase en el primer caso paralizando dichos elementos contractiles, y en el segundo, excitándolos. Otra cuestión es aquélla de por qué las chinches, pulgas, etc., sienten predilección por algunos individuos, de modo que uno que las tenga se puede librar de ellas acercándose a una persona por la que tengan esta predilección. Es indudable que deben tener una propiedad muy desarrollada de olfatear, de barruntar dichas personas, a las cuales además abandonan mientras padecen algunas enfermedades para volver a atacarlas luego. Por último, hay otra cuestión interesante y es aquella de que se ve en individuos propensos que las picaduras de producen abones muy grandes y repetidos aun en edades avanzadas, es decir, que no hay inmunidad como la que presentan los que extraen los panales a la picadura de las abejas.—(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 9 de septiembre de 1920).

EN LENGUA ESPAÑOLA

3. Algunas consideraciones al estudio de las hernias del intestino grueso.—El doctor Angel G. Gallo hace un estudio detallado de esta afección y termina con las siguientes conclusiones:

1.^a Las hernias sin saco no existen, pues todas tienen saco completo.

2.^a Las hernias del intestino grueso deben dividirse en hernias adheridas y hernias no adherentes, desechándose la denominación de hernias por deslizamiento.

3.^a El factor que rige en su patogenia, es la movilidad previa y persistente del intestino grueso.

4.^a Las adherencias carnosas, son adherencias ontogénicas.

5.^a Para su tratamiento quirúrgico, los métodos operatorios a emplear, deben llenar, como condición esencial, la movilización del asa fijada secundariamente en el saco. El procedimiento Lardennios y Okinczyk llena este requisito.—(*La Semana Médica*, Buenos Aires, 19-8-920.)

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

Garantía del pago de los titulares y de los funcionarios sanitarios.—Aspiraciones y reformas futuras.—Nuevos redactores

Por fin apareció en la *Gaceta* la disposición ministerial, que siempre creímos absolutamente necesaria para que tenga cumplimiento el precepto de la ley de Presupuestos en que se garantiza el cobro de los haberes a los funcionarios sanitarios municipales. Como en otro lugar de este número publicamos íntegra la Real orden a que hacemos alusión, no creemos en este sitio necesario por hoy otro comentario.

Debió esta Real orden aparecer en el mes de marzo, recién votada la Ley de Presupuestos; pero alguien creyó que era precisa y la práctica se encargó de demostrar a ese alguien que se equivocaba, y fueron necesarias las instancias individuales de muchos médicos y farmacéuticos, la colectiva del presidente de la Asociación de Médicos Titulares y las gestiones de muchas personas interesadas en la reivindicación de justicia que el asunto representa, para que se publicase la susodicha disposición, que muchos periódicos dieron ya por publicada y que a nosotros nos constaba que se encontraba todavía en muy laboriosa gestación, por lo cual guardamos sobre ella un silencio que hoy se explicarán nuestros lectores; pues si como otros colegas suponían, la dabamos por dictada, no cabía más que publicarla y si negabamos su existencia, producíamos un efecto de desencanto injustificado, cuando nos constaba que se había de publicar.

Ahora bien, no podemos menos, aun felicitándonos del resultado obtenido y agradeciendo al señor ministro de Hacienda su acción en el asunto, de señalar algunos puntos indispensables a la consideración de nuestros lectores. Es el primero el que este resultado, aún siendo de garantía efectiva para todo funcionario que, estimando sus derechos haga uso de ellos, no es el ideal a que nosotros aspiramos y, por lo tanto, hemos de seguir trabajando; e invitamos a que lo hagan todos los médicos y entidades oficiales

seriamente eficaces, hasta conseguir el pago directo de los funcionarios sanitarios por el Estado, considerándolos como funcionarios del mismo y asociándolos a la alta función sanitaria que como a tal Estado le está conferida.

Aparte esto, respecto a la aplicación de la Real orden, hay en ella un momento que pudiera ser peligroso por la corrupción de nuestros hábitos burocráticos y que ha sido imposible eludir: es este el de la posible negativa u obstrucción pasiva opuesta por los Ayuntamientos al no dar la certificación de los débitos. En este caso, dice la Real orden que se recurra al gobernador de la provincia; pero como éste pudiera o por cambio de persona, o por indolencia, o por complicidad no ejercer sobre el Ayuntamiento moroso la acción enérgica necesaria, nosotros nos permitimos aconsejar a los médicos y farmacéuticos que en tal caso se encontraren que acudan a los presidentes de sus Colegios respectivos para que vigilen en los Gobiernos de provincia y procuren que las certificaciones se exijan y se envíen a los subdelegados de Hacienda. Es este asunto de extraordinaria importancia y que compete en absoluto a los Colegios profesionales, ya que el confiárselo a otros organismos centrales significa una pérdida de tiempo y de eficacia que sólo estaría justificada en casos muy excepcionales.

Para este y otros menesteres análogos se concibió y creó la famosa Junta de Patronato y Defensa de Titulares, a la que por cierto para nada vemos aparecer en estas interesantes y vitales cuestiones, sin duda por que guarda sus actividades para mejores empleos.

En último resultado, todo embarazo con que los individuos o los Colegios tropiecen puede ser comunicado a los representantes parlamentarios de nuestras clases para que ellos exijan del Gobierno el cumplimiento de lo que es una Ley y que como tal debe ser cumplida.

De las anteriores consideraciones creemos que puede deducirse alguna aplicación práctica para la consecución de nuestros constantes idea-

les y es ésta la de que los médicos y las clases sanitarias en general, libremente o agrupadas en las colectividades que bien le plazca, llamándose Juntas, Colegios, Sindicatos o lo que quieran, regularicen y enfoquen por el momento sus gestiones unidas en demanda de la constitución de un gran Cuerpo Sanitario del Estado, sostenido por éste, organizado por él y servidor suyo en los más transcendentales fines de la higiene administrativa. A esto debemos tender todos, para esto debemos unirnos sin consideración de antiguas procedencias, sin distinción de clases y aprovechando como cauce de nuestra actividad a los organismos oficiales que hoy existen, es decir, a los Colegios, para que ellos reciban y den forma a las aspiraciones comunes, ya que ellos tienen el derecho y el deber de hacerse oír y de ser oídos como organismos reconocidos e indiscutiblemente oficiales. Ellos verán el modo de hacer efectivo este pensamiento, que es de todos, puesto que palpita en el seno de todas las aspiraciones, aparentemente distintas y en la realidad unánimes, por lo menos en este punto.

No olvidemos que nos encontramos en periodo electoral y que podemos ejercer en él muy legítimas influencias, exigiendo a los candidatos declaraciones favorables a nuestro empeño y no olvidemos tampoco que, reunidas las próximas Cortes y votados otros presupuestos, habremos perdido una ocasión que ¡sabe Dios cuando se nos volverá a presentar!

Como consecuencia de la desaparición de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* a cuya brillante historia habían contribuido con tan lucido y perseverante empeño, han ingresado en nuestra Redacción los señores Espina, Valle y Aldabalde, Sarabia, Codina y Blanc y Fortasin.

Esperamos confiados en que este nuevo refuerzo que recibe nuestra incomparable lista de Redacción será recibido por nuestros lectores con tanto agrado como alegría nos ha producido a nosotros, siempre preocupados con el pensamiento de procurar a la Prensa médica nacional un órgano ilustrado y digno de sus patrióticas y desinteresadas aspiraciones. Seguros estamos así mismo de que los que faltan de entre nosotros verán también regocijados esta unión sagrada de los que siempre fueron hermanos.

DECIO CARLAN

A la Sala primera del Tribunal Supremo ⁽¹⁾

Todavía cabría discutir, si con sujeción estricta al artículo 11 de la ley de responsabilidad los médicos tendrían un año para ejercitar su acción contra el Alcalde «después del vencimiento del plazo legal para el acto omiso», es decir, después de los tres años que todos los médicos tienen para formular sus reclamaciones. Más no es menester entrar en esa discusión. Basta con decir que una ley que ha querido dotar a los ciudadanos de garantías especiales no podía quitarles las generales que le están reconocidas en las leyes comunes, «que si el médico tiene tres años para reclamar a un cliente, podrá tener uno más; pero de ninguna manera dos menos, cuando el deudor es un funcionario público responsable civilmente, por haber dado al olvido sus deberes.

b) También ha infringido la Sala el art. 1.973 del Código civil, determinante de que la prescripción de las acciones se interrumpe por la reclamación extra judicial del acreedor. Sea cual sea el plazo prescriptivo, está probado en autos que mi cliente reclamó lo que se le debía en Abril de 1917 y en otras fechas posteriores, en instancia al Alcalde y al Gobernador. Si se ha de obedecer el artículo aludido, procederá tomar en cuenta todas esas instancias como interruptoras del plazo prescriptivo, caso de estimarse que había empezado a correr alguno, cosa que no admito, pues como antes dije, el término de reclamar no empieza a correr si no desde el día en que el médico hubiere dejado de prestar sus servicios, lo que no ha ocurrido en relación a mi cliente y el Ayuntamiento de Algeciras.

c) Aún dentro de la doctrina de la prescripción, tan inoportuna e injustamente invocada, se encontró la Sala con que había derechos de reconocimiento de quintos, devengados por el Sr. Zurita en el año 1919 o sea en el mismo en que formuló la demanda. Pocas pesetas significaría esto; pero en cuanto a ellas no había escape ni prescripción que valiera. Sin embargo, como el reconocimiento de un sólo céntimo de deuda era dar la razón al demandante y condenar en costas al Alcalde, cosa que por lo visto no entraba en los planes de la Sala, ésta no se arredró y se lanzó a declarar bravamente que no podía conceder el resarcimiento de tales derechos porque habían sido pedidos en globo con los de otros años y no había base para determinar su cuantía. La falacia dialéctica no puede prevalecer, porque si el tribunal reconoce que existía una deuda no prescrita, pero que por estar englobada con otras prescritas no aparecía puntualizada, debió recordar que el art. 923 de la ley de Enjuiciamiento civil, regula el modo de ejecutar las sentencias que condenan al pago de una cantidad ilíquida. Era, pues, éste un problema propio de la ejecución de sentencia y al no reconocerlo así, infringe la Sala el citado artículo de la ley ritual y el 1.156 y siguientes y concordantes del Código Civil, que señalan el pago como la manera primordial de extinción de las obligaciones.

TERCERO. Para excluir de responsabilidad al Contador establece el fallo recurrido, que nunca faltó el Sr. Ruiz Casares a sus obligaciones, sino que cumplió el art. 156 de la ley municipal y las Reales órdenes pertinentes al caso, puesto que al vencimiento de las mensualidades adeudadas al demandante siempre existieron en caja fondos más que suficientes para pagarlas, y si dejó de hacerse sería por culpa

(1) Véase el número anterior.

del Alcalde, a quien incumbe la ordenación de pagos, más no por actos ni omisiones del Contador.

Para razonar de este modo, tuvo la Sala que olvidarse de un estado legal, que oportunamente le fué invocado. Ante la tenaz resistencia de muchos Ayuntamientos para cumplir los artículos 72 y 134 de la ley municipal, el 8.º del Real decreto de 23 de Diciembre de 1902 y la Real orden de 26 de Junio de 1914, relativos todos estos preceptos al pago obligatorio preferente e inexcusable de las atenciones sanitarias, se dictó por el Ministerio de la Gobernación la Real orden circular de 15 de marzo de 1919, cuya regla 4.ª dispone: «Que los ordenadores de pagos no deben expedir, los contadores intervenir, ni los depositarios pagar, bajo su personal responsabilidad, libramiento alguno para atender gastos diferibles o voluntarios sin que previamente hayan sido satisfechos o cuando menos reservados en Caja a disposición de los interesados, los haberes de los médicos titulares.» Es pues clarísimo, que ni el Sr. Morilla pudo ordenar ningún pago ni el Sr. Ruiz Casares intervenirlo mientras mi cliente no estuviese satisfecho de sus débitos, o por lo menos tuviera a su disposición en la Caja el dinero necesario. Es así que lejos de proceder de este modo, ordenaron e intervinieron cuantos pagos les vinieron en gana, sin acordarse para nada de los derechos del Sr. Zurita; luego resulta evidente que infringieron la disposición transitoria y que cayeron en la sanción del artículo 1.902 del Código civil que obliga a reparar daños y perjuicios a todo aquél que por acción u omisión cause daño a otro interviniendo culpa o negligencia.

Para salvar a los infractores del duro trance en que esos preceptos les ponían, la Sala se fió de una certificación acreditativa de que en los meses en que se dejaba de pagar al Sr. Zurita, había varios miles de pesetas en la Caja. Al dar la Audiencia a ese documento el crédito que le da, ha incurrido en error de interpretación, pues supone que sirve para acreditar el cumplimiento de la regla 4.ª de la Real orden de 15 de marzo de 1919, cuando no justifica semejante cosa. Lo que dispone ese texto es que antes de pagar ningún otro compromiso hayan cobrado los médicos o por lo menos tengan en caja *los haberes reservados a su disposición*. Y la certificación no dice tal cosa, sino otra muy contraria, cual es, que en los mismos momentos en que se dejaba sin pagar al médico había en la Caja muchos miles de pesetas. Claro que sí, pero nadie ha dicho que esos miles de pesetas estuvieran reservados a disposición del Sr. Zurita. Lo que ocurría en el Ayuntamiento de Algeciras, era lo mismo que pasa en todos los que están desgobernados y caciqueados de modo análogo. Hay en Caja dinero sobrante para pagar todos los gastos voluntarios y para acometer obras que no son imprescindibles y hasta para iniciar labores provechosas y servir sueños de grandeza... pero ni se paga al médico, ni se reserva el dinero a su disposición.

Queda con esto demostrado que la conducta del Contador no tiene excusa. Mucho menos puede alcanzarla el proceder del Alcalde, quien se limitó a decir que hubo déficit en la recaudación y que de igual manera que se dejó de pagar al Sr. Zurita, se dejaron sin satisfacer los sueldos de los demás empleados. Como si no existieran el Real decreto de 23 de diciembre de 1902 y otras muchas disposiciones reguladoras de cuáles son en los Ayuntamientos los gastos voluntarios y diferibles y los obligatorios y preferentes.

La conducta de la Audiencia de Sevilla es tanto más lamentable cuanto que ya otras Territoriales iban marcando el plausible camino de aplicar con rigor la ley de responsabilidad de funcionarios públicos, dando a los particulares atropellados las firmes garantías que el legislador quiso prestarles frente a los desmanes de una administración desbocada y contumaz. Así la Audiencia de Granada, en sentencia de 27 de enero de 1919, declaró la responsabilidad civil del Alcalde de Iznatoraf, por no pagar al médico. Y en febrero o marzo del año corriente, la de Valladolid declaró la responsabilidad del Alcalde de Salamanca por haber dejado de satisfacer puntualmente los cupones de unas obligaciones vencidas. Es de suponer que el Tribunal Supremo volverá por la buena doctrina en una cuestión cual esta, que no sólo afecta al interés privado, sino que marca rumbo para garantizar la seguridad social y para mantener el decoro del poder público.

Autorizan este recurso los artículos de la ley de Enjuiciamiento civil, 1689 por tratarse de sentencia definitiva pronunciada por una Audiencia, 1691 núm. 1.º por referirse a infracción de Ley y 1692 números 1.º y 7.º por haber la sentencia violado las leyes aplicables al caso e interpretado con error de hecho y de derecho un documento auténtico.

Por lo expuesto,

Suplico a la Sala se sirva tramitar este recurso de casación y en su día declarar haber lugar al mismo, anulando la sentencia recurrida y dictando en su lugar otra por la que se estime en todas sus partes la demanda originaria de este pleito. Pido justicia.

Otrosi digo: Que el art. 1698 de la ley procesal ordena que el recurrente constituya depósito de mil pesetas cuando sean conformes de toda conformidad las sentencias de las dos instancias. Hoy nos encontramos ante la imposibilidad de dar aplicación a ese precepto, porque el recurso va enca minado contra sentencia pronunciada en instancia única. Basta anunciarlo, para darse cuenta de que no es exigible el depósito. Además, si hiciera falta un precedente legal nos lo daría sobradísimo la ley de Tribunales industriales, donde también se establece la instancia única y no se exige depósito para el recurso de casación.

Ello no obstante y para agotar todas las previsiones he constituido *ad cautelam* el depósito de mil pesetas, pero

Suplico a la Sala, que desde luego y sin esperar el trámite del recurso se sirva declarar que el depósito es innecesario y ordenar que me sea devuelto. Es también justicia.

Segundo otro sí: Que a fin de acreditarlo ante la Audiencia, suplico a la Sala se sirva ordenar se me entregue certificación acreditativa de haber interpuesto este recurso.

Madrid 2 de julio de 1920.

Real orden importantísima

—O—

Hace pocos días recibimos, con profundo agradecimiento, la siguiente carta del Excmo. Sr. Ministro de Hacienda:

«El ministro de Hacienda.—22 Octubre 1920.—Excelentísimo Sr. D. Carlos M.ª Cortezo, Presidente de la Real Academia de Medicina.—Mi querido y antiguo

amigo: Acabo de firmar el expediente por que tanto se ha interesado usted y que tantísimos desvelos le ha producido. Mañana insertará la *Gaceta* una Real orden dictando reglas precisas y ejecutivas para que los médicos, farmacéuticos y veterinarios titulares puedan hacer efectivos sus honorarios profesionales.

Como en dichas reglas queda recogido todo el pensamiento de usted, que ha motivado nuestra conversación de estos días, excuso toda otra manifestación.

Celebrando que, como coronamiento de tanto trabajo, hayan llegado aquellos profesionales al logro de sus justos deseos, envía a usted con su afectuosa enhorabuena, un apretón de manos su buen amigo y servidor, *L. Domínguez Pascual*.—Rubricado.»

El día 23 apareció en la *Gaceta* la siguiente Real orden:

Vistas las diversas instancias presentadas en solicitud de que se dicte una disposición reglamentaria, que marque la tramitación de expedientes para dar cumplimiento a la segunda de las disposiciones adicionales de la ley de Presupuestos de 29 de abril último, respecto a la retención y embargo de las cantidades que adeudan los ayuntamientos a los funcionarios sanitarios:

«Resultando que el mencionado precepto legal dispone que, a instancia de los médicos forenses y de las prisiones preventivas que perciban sus haberes con cargo a las atenciones carcelarias de los municipios cabezas de partido y de los médicos titulares, farmacéuticos y veterinarios afectos a todos los Ayuntamientos, excepción hecha de los de las provincias Vascongadas y Navarra, y previa justificación de las sumas que se les adeuden, se decretará por el Ministerio de Hacienda la retención y embargo, con cargo a los ingresos municipales, como si fueran derechos del Estado, de los créditos figurados en los presupuestos respectivos para pago de los haberes y emolumentos correspondientes a dichos funcionarios, haciendo directamente entrega a los mismos de las sumas que por consecuencia del embargo se hagan efectivas:

Considerando que las condiciones exigidas para que pueda decretarse el embargo de los ingresos municipales son dos: primera, la justificación de las sumas que se adeuden al reclamante, y segunda, que figuren los créditos en los respectivos presupuestos para pago de los haberes y emolumentos correspondientes a los funcionarios a quienes la ley afecta:

Considerando que en todo lo que se refiere a los servicios sanitarios está claramente determinada la exclusiva competencia gubernativa, no económica, por el art. 72 de la ley municipal, Real decreto de 15 de noviembre de 1909 y Reglamento de partidos médicos de 11 de Octubre de 1904, por lo cual, la justificación de los créditos que se hayan de perseguir no pueden realizarla legalmente las dependencias de Hacienda, pues para ello tendrían que estudiar y resolver en el fondo una cuestión cuyo

conocimiento compete exclusivamente a los Ayuntamientos, a los gobernadores y, en su caso, a los Tribunales de lo Contencioso-Administrativo:

Considerando, en su consecuencia, que para que dichas dependencias de Hacienda puedan dar cumplimiento en la parte que les afecta a la segunda de las disposiciones adicionales de la vigente ley de Presupuestos, es condición indispensable que se trate de créditos líquidos y reconocidos por la entidad deudora, o declarados, caso de oposición de ella, por la autoridad superior o Tribunal a quien corresponda conocer en alzada del asunto, quedando, limitada su misión a decretar y hacer efectivo el embargo de los ingresos municipales, y esto solamente por las sumas que figuren en los presupuestos, cualquiera que sea la cuantía total efectiva de los créditos:

Considerando que para justificar las instancias que presentan los interesados en las Delegaciones de Hacienda, solicitando la retención y embargo de las cantidades que les adeuden los Ayuntamientos, bastará exigir una certificación expedida por el secretario de la corporación, con el V.º B.º del alcalde, conforme al art. 125, párrafo 7.º, de la ley municipal, en la que se haga constar el nombre del acreedor, el crédito a su favor figurado en el presupuesto, concepto del cual procede y que por cuenta de dicho crédito no se ha hecho ningún pago, con expresión, en otro caso, de las cantidades abonadas:

Considerando que los Delegados de Hacienda pueden acordar que dichas certificaciones, una vez sentadas en un registro especial que abrirán al efecto las Intervenciones, pasen a Tesorería para que, después de dictar en ellas la providencia de único grado de apremio, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 108 de la Instrucción de 26 de abril de 1900, se las carguen al recaudador, que seguirá el procedimiento ejecutivo en forma análoga a la establecida en el apartado D) del art. 109, sin otra diferencia que la de que, efectuada la traba, nombrado depositario y notificado el embargo al Alcalde-Presidente del Ayuntamiento con las consiguientes advertencias, el ejecutor proseguirá por sí mismo el expediente, incautándose de las cantidades que reciba el depositario en virtud del embargo de la parte correspondiente de los ingresos municipales, y se les entregará al acreedor, haciéndolo constar en el expediente de apremio y dando conocimiento de ello a la Tesorería de Hacienda, quien a su vez lo participará al delegado, debiendo entenderse que en tanto no se extinga el débito total por que se hubiere incoado la ejecución y se abonen las dietas y costas causadas, reconocidas y aprobadas por la Tesorería, no se dará por ultimado el procedimiento, ni se levantará; por consiguiente, el embargo efectuado:

Considerando que las cantidades que cobre el agente ejecutivo en virtud del expediente de apremio y por cuenta del titular que no hubiera podido

entregar a éste a la fecha de presentación del ejecutor en la Tesorería de Hacienda a practicar la liquidación reglamentaria, no deben quedar en poder del agente, evitándose esto con su ingreso en la sucursal de la Caja de Depósitos en concepto de «depósito necesario sin interés» a disposición del acreedor, uniéndose el resguardo al expediente antes de presentarlo en la liquidación; y

Considerando que la ley no limita su aplicación al ejercicio corriente, sino que hace extensivos sus efectos a los créditos que tengan los titulares incluidos en los respectivos presupuestos municipales que no hayan incurrido en prescripción.

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo propuesto por esa Dirección general, se ha servido disponer que la ejecución de la disposición adicional segunda de la ley de Presupuestos de 29 de abril último, se ajuste a las siguientes reglas:

Primera. Las Delegaciones de Hacienda no intervendrán en las reclamaciones a que de lugar la mencionada disposición hasta que los créditos cuyo pago se solicite estén liquidados, reconocidos por el Ayuntamiento deudor o declarados, en su caso, por la autoridad o Tribunal competentes, y consignado su importe en los presupuestos municipales.

Segunda. Iniciará el expediente una instancia dirigida al delegado de Hacienda de la provincia a que corresponda el Ayuntamiento contra el cual se formule la reclamación, suscrita por el acreedor, sus representantes o causahabientes, solicitando la aplicación de los beneficios de aquella disposición. A dicha instancia acompañará una certificación expedida por el secretario del Ayuntamiento respectivo, con el V.º B.º del Alcalde, en la que se haga constar que en el presupuesto municipal figura el crédito cuyo pago se solicita, cuantía del mismo, concepto de que procede y nombre del acreedor, expresando además si por cuenta de dicho crédito se ha efectuado algún pago, y la importancia del mismo. Será rechazada de plano toda instancia a la que no acompañe el aludido documento. En el caso de que los Ayuntamientos no facilitaran al titular la certificación de la cantidad adeudada, el interesado se dirigirá al gobernador civil de la provincia, para que dicha autoridad disponga, por los medios que la ley le concede, la expedición y entrega del certificado que proceda.

Tercera. Sentadas dichas certificaciones en un registro especial que abrirán al efecto las Intervenciones, se pasarán a la Tesorería de Hacienda, que dictará en ellas la providencia de único grado de apremio, y las entregará al recaudador o entidad recaudadora, para que instruya el oportuno expediente ejecutivo en la forma que se indica en el quinto Considerando:

Cuarta. Las cantidades que los funcionarios de la recaudación hagan efectivas por consecuencia de los expedientes de apremio las irán entregando directamente a los acreedores, haciéndose constar así

por diligencia que suscribirán con el ejecutor en el expediente, y dando cuenta de ello a la Tesorería de Hacienda, que a su vez lo pondrá en conocimiento de la Delegación.

En el caso de que, llegada la época reglamentaria de liquidar el recaudador, el titular no hubiere hecho efectiva cualquiera cantidad que por cuenta del débito se cobrará del Ayuntamiento, aquél ingresará en la sucursal de la Caja general de Depósitos la suma recibida de la Corporación que estuviere sin entregar al acreedor, en concepto de «depósito necesario sin interés» a disposición del titular o causahabiente que en el expediente tuviese justificado su derecho.

Quinta. Los expedientes de apremio que se incoen para hacer efectivos los débitos de que se trata figurarán en las cuentas y liquidaciones que respectivamente rindan y se practiquen al recaudador, como si se tratase de créditos de la Hacienda pública, si bien figurándolos en concepto manuscrito especial.

Del cargo que a los recaudadores se haga por las certificaciones que se les entregue por los débitos a que se refiere la presente Real orden, se datarán los citados agentes, por las cantidades percibidas de los respectivos Ayuntamientos, justificándose con el recibí de los interesados y la diligencia del agente, o con el resguardo de la sucursal de la Caja general de Depósitos, a que se refiere la regla anterior, quedando unido el resguardo al expediente hasta que, reclamado por la persona a cuyo favor esté extendido, se le entregue mediante recibí del interesado y diligencia del ejecutor haciendo constar la entrega.

Sexta. Las precedentes reglas son de aplicación a todos los créditos, cualquiera que sea su fecha, siempre que no hubieren incurrido en prescripción, que, figurando en los presupuestos municipales, procedan de alguno de los conceptos a que se refiere la disposición adicional segunda de la ley de Presupuestos de 29 de abril de 1920; y

Séptima. Se remitirán a las respectivas delegaciones de Hacienda las instancias presentadas en este Ministerio, ninguna de las cuales se acomoda a las reglas precedentes, para que sean devueltas a los interesados, a fin de que formulen en forma sus peticiones.

Lo que de Real orden comunico a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid 22 de octubre de 1920.

—Dominguez Pascual.

Sr. Director general del Tesoro público.

El objeto y el espíritu

Publicamos, con verdadero dolor, la siguiente carta que nos remiten las ilustres personalidades que hasta hoy constituían la Redacción y por tanto el espíritu del desaparecido periódico «Revista de Medicina y

PAPELES YHOMAR

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

Cirugía Prácticas», fundado en 1877 por el que fué nuestro constante amigo D. Rafael Ulecia y Cardona.

Más de cuarenta años de convivencia en el campo de la prensa médica, no sirvieron en momento alguno de ocasión para que entre EL SIGLO y la «Revista» surgiera ni una sola vez cuestión desagradable, ni apareciera aspereza alguna. Entre caballeros y entre voluntades encaminadas al logro de ideales dignos y elevados, es fácil conservar este género de agradable cortesía, compatible con la emulación y el estímulo noble que se elevan sobre los detalles materiales y menudos.

Rafael Ulecia, los redactores de su periódico, desde Ustariz, Miguel de Viguri, Mariani, Codina, Sarabia y Valle, hasta los más modestos (si es que entre ellos ha habido categoría), han sido siempre nuestros amigos del corazón, nuestros colaboradores en la obra santa de la cultura médica nacional, nunca nuestros rivales, ni menos nuestros adversarios en el terreno de la lucha industrial al cual nunca ellos descendieron y en el que no nos hubieran encontrado, si descendido hubieran.

Comprendan, pues, nuestros lectores, cuál habrá sido nuestro sentimiento al ver desaparecido el espíritu informador de la inolvidable Revista.

Bástenos decir, constantes con lo que tantas veces EL SIGLO MÉDICO ha hecho durante sus sesenta y siete años de vida, que nuestro hogar y nuestras columnas se encuentran a la disposición de los esforzados escritores y claros entendimientos que constituyeron el verdadero espíritu y dieron vida a la hoy desaparecida Revista.

Dice así la carta a que nos referimos:

«A NUESTROS COMPAÑEROS Y A LA PRENSA MÉDICA
ESPAÑOLA

Sería imperdonable nuestro silencio ante la muerte dada al periódico fundado por el inolvidable periodista doctor D. Rafael Ulecia y Cardona, y además se nos creería asociados al menosprecio hecho a su memoria por lo que más alto debían conservar este nombre y este recuerdo.

Hemos callado, soportando nuestra amargura, por consideración a lo estampado en la cubierta de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* hasta su último número de 28 de septiembre, figurando como propiedad de la viuda e hijos de nuestro antiguo y querido Director.

Pero todo ha pasado. Paz a los muertos, y hablen ahora claro los que, víctimas del cariño y respeto, han soportado tamaña desconsideración, y que, llenos de amargura al ver desaparecer la obra del Maestro insigne de periodistas, sienten más hondo dolor todavía, por la manera y forma de derribar sin contar con nadie, ni con los suscriptores, un monumento nacional en la Prensa Médica, y tratar de sumir en el olvido memoria tan respetable como la del doctor D. Rafael Ulecia y Cardona.

Dicho esto, vamos hacer historia sucinta de lo sucedido. Nada de comentarios, que cerrarán este trabajo.

Fuimos consultados por la señora viuda e hijos, como redactores, acerca de la venta, no de la desaparición de la Revista, que, a saber esto último, otra hubiera sido nuestra contestación, y le dimos amplias facultades, pero salvamos nuestras personas, sin pensar, ni siquiera suponer, que se prescindiría de una labor, para algunos de cuarenta y cuatro años, y menos se nos alcanzaba la posibilidad de la desaparición de un periódico que había sido la base y fundamento del prestigio de un apellido y del sustento, posición y porvenir de una familia, olvidando las glorias y, lo que es peor, los sacrificios y esfuerzos que amenguaron la salud y acortaron la vida del ilustre Ulecia, que en su Revista tenía puesto todo su corazón y todas sus alegrías. En aquella reunión, para asegurar todo lo ya perdido, no omitimos sacrificio alguno, como hicimos, aún caliente el cadáver de nuestro entrañable amigo, cediendo las pequeñas recompensas en obsequio de la señora viuda e hijos, los que las teníamos, y entrando sin ninguna los nuevos redactores, en aras de inmaculado nombre de D. Rafael y de la brillante historia del periódico.

He aquí la respuesta a nuestra desinteresada conducta, no ya para el muerto, sino para sus sucesores.

A últimos de julio, recibimos cada uno de los redactores un tarjetón de la señora viuda de Ulecia, en el que nos notificaba que había vendido la Revista, que desde 1.º de dicho mes corría de cuenta de determinada empresa, y que nos *daba las gracias por las atenciones y amabilidades que habíamos tenido con ella y con sus hijos durante el tiempo que habíamos estado en la Revista*. Aun así, todavía nosotros no tomamos ninguna determinación ni iniciativa, siempre por respeto a la memoria del gran Ulecia, esperando que la cubierta de la Revista apareciera con el cambio de dueño, y que éste se dignara comunicarnos las modificaciones que pensaba introducir en la organización de la misma.

Nuestro asombro fué creciendo a medida que salían los números de agosto y septiembre, sin modificación de la cubierta, hasta que ha llegado el límite de lo inconcebible y de lo intolerable, al ver en el último número de septiembre, que el nuevo dueño hacía desaparecer la Revista, y con ello cometía el acto alevoso de enterrar en vida a todos los redactores de la misma.

Nadie se creyó en el deber de cumplir los trámites de elemental cortesía que merece todo aquel que cesa en un cargo, después de muchos años de labor honrada.

Esta forma de proceder implica que se nos vendió como un mueble de la redacción, caso previsto en la primera reunión, a lo cual explícitamente no autorizamos a la antigua dueña, y que el comprador nos ha tenido análoga consideración que le enseñó a tenernos esta señora, con la agravante de que así ha mantenido un equívoco cerca de los suscriptores y se ha permitido, sin nuestro consentimiento y aún mucho menos

TOLUDEN

Pelrid's Co., New-York

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

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

con nuestro beneplácito, publicar durante tres meses, nuestros nombres como redactores de una Revista que, por no ser de los Ulecia, le faltaba la indispensable condicional para que nosotros siguiéramos siendo sus redactores.

Sepan, pues, la prensa médica española, y de un modo particular los suscriptores de la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, que la redacción no ha tomado ni la más mínima parte en la venta; que lamentar cada uno de sus individuos, como médicos españoles y con toda su alma, la desaparición de un órgano de honrosísima tradición en los anales de la prensa profesional.

En uso del derecho de propiedad, los propietarios del periódico se habrán deshecho de él como un inmueble, pero su espíritu científico nos pertenece, y al cesar aquél, no hay derecho a darle sucesor alguno. Por tanto, nos despedimos de nuestros lectores, conservando íntegro el recuerdo del Dr. D. Rafael Ulecia y Cardona, sin quedar en la Prensa otro recuerdo que la memoria del completo caballero, del amigo entrañable, y la seguridad de que su nombre pasa ya a la Historia, al morir su querida *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*.

Cumplido este último deber, cada uno recobra su puesto, y nosotros, que nada tenemos que agradecer y menos esperar, y que no hemos recibido la más leve atención personal ni colectiva de los antiguas ni de los nuevos propietarios del periódico, vivimos todavía física y moralmente y, como ven nuestros antiguos suscriptores, a los que enviamos nuestro agradecimiento, no sólo vivimos, sino que conservamos nuestras plumas y nuestra dignidad para despreciar toda descortesía, y por ahora, para firmar este escrito, que hemos creído pertinente y necesario al recobrar nuestra libertad de acción.

Todo esto ha pasado, y hoy juzguen nuestros compañeros si el pequeño papel adicionado al último número del periódico, que parece suspiro de ultratumba del fundador, es manera de prescindir de una Redacción, que no puede ni debe considerar al naciente periódico como continuador de aquella Revista, que muere sin herederos en su parte científica.—*Antonio Espina y Capo.—Federico Toledo de la Cueva.—Rafael del Valle y Aldabalde.—José Codina y Castelví.—Jesús Sarabia y Pardo.—José Blanc y Fortacin.—Antonio Salvat Navarro.*

Sección oficial

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

Último. Sr.: Algunos subdelegados de Medicina que sustituyen a los inspectores provinciales de Sanidad vienen percibiendo los haberes que corresponden a éstos en casos de vacantes, conforme a la Real orden de 30 de septiembre de 1919; y habiendo surgido du-

das respecto a si deben de percibirlo también en casos de licencia y términos posesorios, lo cual no es posible, porque de ese modo se duplicarían algunos haberes y antes de finalizar el ejercicio quedaría agotada la consignación fijada en los Presupuestos,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Que en lo sucesivo los subdelegados de Medicina que sustituyan a los inspectores provinciales de Sanidad sólo percibirán los haberes que correspondan a éstos en casos de vacante declarada por Real orden y previa autorización especial de este Ministerio, hasta que se posesione el inspector que deba ocuparla; y

2.º Que los subdelegados que sustituyan a inspectores provinciales que se encuentren en situación de excedencia forzosa sólo disfrutarán la tercera parte del sueldo de éstos cuando los excedentes perciban las dos terceras partes que les corresponde con cargo a la consignación establecida en el capítulo 11, artículo único de la sección 6.ª del Presupuesto vigente; pero podrán percibir la totalidad del sueldo o haber del excedente cuando éste perciba las dos terceras partes de sus haberes con cargo a las Obligaciones generales del Estado, artículo 8.º, capítulo único, sección 4.ª, de dicho Presupuesto.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 22 de septiembre de 1920.—*Bugallal.*

Señor Inspector general de Sanidad.—(*Gaceta del 25 de septiembre.*)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,4; ídem mínima, 700,4; temperatura máxima, 18º,9; ídem mínima, 8º,0, vientos dominantes, O. N.

Han sido muy escasas las variaciones observadas en el estado de la salud pública durante la última semana. Se han observado muy numerosos catarrros generalizados de la mucosa respiratoria, de escasa intensidad. Continúan presentándose algunos casos de paludismo, en su mayor parte importado. En los niños siguen observándose anginas catarrales, escarlatina y pocos casos de sarampión.

Crónicas

MUY IMPORTANTE.—Se ruega a los señores suscriptores utilicen el Giro postal o sellos de Correos para hacer sus pagos, de cuya manera podrán descontar los pequeños gastos que les ocasione, mientras que si hemos de girarles irán los gastos a su cargo.

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.

Ayuntamiento de Madrid

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras, Laboratorio Pesqui. Prim, 25. * San Sebastián.

El pago de los médicos en Andalucía.—En otro lugar de este número publicamos la Real orden del Ministerio de Hacienda de 22 de octubre, dictando reglas precisas para que los médicos, farmacéuticos y veterinarios titulares cobren sus haberes, aunque los Ayuntamientos se resistan al pago.

Como se verá por el extracto de telegramas que publicamos a continuación, la medida no ha podido ser más oportuna por coincidir con la iniciación de un grave conflicto en varios puntos de Andalucía.

Cumpliendo los acuerdos adoptados en la última Asamblea regional sanitaria, celebrada en Jerez el día 22, abandonaron sus puestos los médicos, veterinarios, farmacéuticos y clases sanitarias del distrito de Coín, que no volverán a ocupar sus puestos hasta que les sean abonados los haberes que se les adeudan, y que se calculan en unos 80.000 duros.

La clase médico-farmacéutica de Sevilla y de los pueblos de la provincia ha anunciado al gobernador que, cumpliendo acuerdos de la misma Asamblea, prestará su apoyo a los médicos, farmacéuticos y veterinarios de Coín, que han abandonado sus puestos porque no les pagan los haberes que se les adeudan,

Añaden los de la provincia que abandonarán a la vez sus cargos, si antes del 31 del mes actual no se ha dado cumplida satisfacción a las clases sanitarias de Coín.

También se dice que es muy probable que, por solidaridad, la federación médica extremeña tome actitudes parecidas, cumpliendo del mismo modo los compromisos de la Asamblea jerezana.

Por otra parte, una comisión de médicos de la Beneficencia de Almería, compuesta por los señores D. Francisco Peregrín, D. Miguel Fernández, D. Alberto Berjo y D. Miguel Vigar, ha visitado al alcalde para pedirle el pago de los atrasos que el Municipio adeuda al personal sanitario.

El alcalde les reiteró el ofrecimiento de satisfacerles una mensualidad en plazo muy breve.

Este es en la actualidad el estado en Andalucía del conflicto permanente del pago a los titulares.

¡Cuántos casos parecidos a estos no habrá en el resto de España!

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.

Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.—Curso de estudios sanitarios.—Desde el día 2 de noviembre próximo hasta fin de mayo de 1921, se dará en el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII un curso práctico de estudios sanitarios, que comprenderá las siguientes materias: química, bacteriología, parasitología, serología, epidemiología, rabia, vacunación, veterinaria, desinfección y arquitectura e ingeniería sanitarias, y al cual podrán concurrir los señores profesionales de las carreras de Medicina, Farmacia y Veterinaria y Ciencia que lo soliciten, debiendo advertirse que el número de alumnos será de veinticinco.

Para informes e inscripción, en la secretaría de dicho Instituto todos los días laborables, de cuatro a siete de

la tarde. La matrícula quedará cerrada el día 31 del presente mes.

Oposiciones a médicos de Sanidad de la Armada.—50 plazas convocadas en la *Gaceta* del 30 de septiembre, Ejercicios en enero. Obra única, 50 pesetas; publicada por la «Editorial Campos», Princesa, 14.—Madrid.

Al presente número se acompaña un prospecto cuya lectura recomendamos por contener las importantes opiniones de los doctores Yagüe y Merino Terol sobre EL SILICATO DE ALUMINIO SIL-AL de A. Gamir, San Fernando, 34, Valencia

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

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización, conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial-Argensola, núm. 4, Madrid.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

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—Teléf. J. 923.