

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
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.
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.
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.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
		A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
		P. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
		G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
		JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
		F. TELLO Sub-Inspector General de Sanidad
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago por conmoción á distancia del gran simpático torácico, por Celestino Alvarez.— Resultados del tratamiento intrarráquideo en la parálisis general, por el Dr. César Juarros.— Investigaciones hematológicas en los epilépticos, por el Dr. R. Alvarez de Toledo.— Shock traumático, por José Segovia y Caballero.— Bibliografía, por J. S. B.— Periódicos médicos.— Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.— Documento parlamentario.— Yatrofobia catalanista, por el Dr. Albiñana.— Huérfanos de médicos.— D. Manuel Ruigómez Velasco, por C. M. C.— Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.— Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.— Crónicas.— Estafeta de partidos.— Vacantes.— Correspondencia.— Anuncios.

Tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago por conmoción á distancia del gran simpático torácico

POR

CELESTINO ALVAREZ

Director-propietario del Sanatorio Quirúrgico de Oviedo

La tradición pesa desgraciadamente en muchos espíritus, y el investigador sufre de lo que á todas luces es injustificado. En efecto, ninguna obra humana, y con mayor motivo las que acabaron de nacer ó aún germinan, puede ser absoluta y categórica, y los detractores siempre esgrimen estas razones, secuela obligada de nuestra incapacidad para la resolución inmediata de los asuntos científicos, pretendiendo que aborte en sus primeros días la obra que, aún imperfecta, descansa en un fondo incontrovertible de realidad, y que suficientemente mejorada, podrá en su día significar un progreso positivo y una adquisición inestimable por sus aplicaciones. Excitaciones altamente halagadoras de algunos colegas extranjeros nos obligan á seguir trabajando, á la vez que nos indemnizan de pasadas amarguras, motivadas por incomprensiones lastimosas, que siempre afectaron más al sentimiento patriótico, por proceder de compatriotas, que á la propia susceptibilidad.

Dicho lo que antecede, pasemos á relatar lo más sucitamente compatible con la claridad, el origen y desarrollo de nuestro proceder quirúrgico, así como de

su técnica, para seguir después con una ligera exposición de las historias de nuestros operados, comentando en cada uno los resultados obtenidos, para sacar las consecuencias patogénicas que se desprenden, intentando al mismo tiempo una explicación fisiológica de los fenómenos observados.

Historia.

En el mes de Mayo de 1897 fui llamado para visitar á una señora de cuarenta años y de complexión robusta. Reconocida por mí la enferma pude apreciar la existencia de un lipoma ulcerado sobre la región vertebral, que asentaba en la línea media y á nivel de las séptima, octava y novena vertebrales dorsales. Este padecimiento fué el motivador de la consulta en la que fui requerido como cirujano. Y como datos para mí entonces secundarios, pude averiguar por interrogatorio, que hacía treinta y ocho meses venía padeciendo gastrorralgias, reveladas frecuentemente por hematemesis abundantes, y á veces solamente por melenas, tenía vómitos alimenticios, punto doloroso epigástrico con irradiación posterior é intolerancia para todo alimento que no fuese la leche; este último padecimiento había sido siempre categóricamente atribuido, por varios médicos que habían venido tratándola, á una ulceración de la mucosa gástrica.

Decididos á realizar la extirpación del lipoma nos creímos en el deber, dada la coexistencia de la enferme-

dad gástrica, de advertir al marido de la enferma, que á causa de la anestesia clorofórmica, corría riesgo la paciente de agravarse de su estómago, hasta tal punto que la violencia de los vómitos postanestésicos podrían conducir á una hematemesis mortal y fulminante. Y á pesar de nuestras observaciones y habiendo dejado á salvo nuestra responsabilidad, fuimos invitados por su marido á intervenirla, al objeto de extirparle su lipoma y cuya ulceración, con los dolores á ella inherentes, hacían urgente y necesaria la operación.

Nuestros temores no se confirmaron felizmente: durante las cuarenta y ocho primeras horas después de la operación, la enferma tuvo algunos vómitos de mediana intensidad y sanguinolentos, pero á partir de los dos días citados, nuestra sorpresa fué grande cuando la enferma nos advirtió de la normalidad absoluta de su estómago; y en efecto, los dolores gástricos habían desaparecido por completo; los vómitos se habían hecho raros y las intensas gastrorragias se habían contenido súbitamente. Con todo esto y pasados algunos días, la tolerancia gástrica reapareció para toda clase de alimentos.

La herida quirúrgica de la espalda cicatrizó por segunda intención, á causa de haberse roto la sutura, sin duda como consecuencia de los movimientos bruscos realizados por la enferma.

En esta enferma la curación del proceso ulceroso gástrico fué permanente y definitiva hasta ocho años después, en cuya fecha la enferma sucumbió á consecuencia de tuberculosis pulmonar.

Los hechos referidos, por lo inesperado, nunca creí que fuesen persistentes, y en principio me pareció más lógico pensar en una feliz coincidencia, que atribuir la curación de la úlcera gástrica al traumatismo operatorio realizado para extirpar el lipoma de la espalda, pero al observar la persistencia de los favorables efectos, llegó á arraigar en mí la idea de subordinación de los fenómenos gástricos, que desde entonces me parecieron dependientes del traumatismo dorsal realizado, y concebí el propósito de en un ulceroso gástrico realizar las lesiones anatómicas que con motivo de la extirpación del lipoma me había visto precisado á practicar en la enferma referida.

Bien pronto un compañero pudo proporcionarme un caso típico de úlcera gástrica, cuya agudeza se había resistido á todos los recursos médicos al efecto empleados, y cuya resumida historia paso á exponer:

Mujer de 25 años, sin antecedentes patológicos de interés y que padecía desde cuatro años antes de la enfermedad que le aquejaba; ésta empezó con ligeros dolores en hueco epigástrico, que más tarde se hicieron más intensos, hasta alcanzar una violencia extrema; cuatro meses después del comienzo de los anteriores síntomas, tuvo la primera hematemesis, y con hematemesis y dolores de creciente intensidad y frecuencia, transcurrieron cuatro años, en los que se observaron atenuaciones temporales, mas nunca la desaparición completa de los síntomas.

Sólo la leche era medianamente tolerada y la intolerancia durante este período fué absoluta para toda

otra clase de alimentos. Al llegar á mis manos la enferma, presentaba el cuadro sintomático acentuado y completo de una úlcera gástrica en período de franca agudización.

La operación practicada hizose recaer precisamente en la misma región operada en el primer caso, y al efecto tracé una incisión bilateral en los canales vertebrales, cuyo extremo inferior quedó á nivel de la octava vértebra dorsal y de unos ocho centímetros de extensión; incisión profunda hasta llegar al plano óseo. Hecha la hemostasia, la herida operatoria quedó rellena de gasa, á fin de impedir la reunión inmediata de los labios de la misma y determinar así una degeneración nerviosa en los filetes nerviosos seccionados, más durable, pues claro es que en el caso anterior sólo era invocable un mecanismo nervioso para explicar su curación.

El curso postoperatorio de la enferma se deslizó benigno, y en cuanto al estado gástrico, pude observar: desaparición de las gastrorragias, tolerancia alimenticia para alimentos sólidos, y aunque los vómitos no cesaron inmediatamente después de la operación, al cabo de un mes ya no se produjeron y las funciones gástricas se cumplían de un modo completamente normal.

Por desgracia la curación obtenida no fué definitiva; pues al cabo de seis meses de la intervención, reaparecieron todos los síntomas del comienzo. Esta recidiva es imputable, según mi actual experiencia me demuestra, á una regeneración de las fibras nerviosas seccionadas, y el fracaso me condujo á modificar la técnica, en el sentido de hacer más difícil la reconstrucción de las vías nerviosas interrumpidas.

En los dos casos referidos se omitió la exploración química del estómago, omisión que ha sido subsanada en el resto de mis operados, dada su importancia.

Convencido del origen nervioso de los favorables resultados obtenidos, persistentes en el primer caso y temporales en el segundo, y siendo los nervios intercostales ó sus ramas los únicos nervios posiblemente traumatizados en ambas operaciones, proyecté para lo sucesivo como se describirá en la técnica, actuar directamente sobre los referidos nervios; pues así nos acercaríamos al verdadero órgano responsable de la favorable evolución de los accidentes gástricos, ó sea al cordón abdominal del gran simpático.

Los hechos hasta aquí referidos fueron publicados el año 1903 en la revista *Medicine Moderne*, de París.

En los comienzos del año 1912 me propuse demostrar experimentalmente en los perros los efectos de mi intervención en el quimismo gástrico, y, al efecto, el actual profesor de Fisiología de la Universidad de Sevilla, Dr. Del Campo, practicó la gastrostomía en varios perros, mas desgraciadamente hube de interrumpir mis estudios, apenas iniciados, á causa de una epidemia en ellos desarrollada y que me obligó á sacrificarlos.

Técnica operatoria.

En la actualidad procedo de la siguiente manera:
El paciente es colocado en decúbito lateral, del lado

opuesto al que ha de intervenir, manteniéndose en esta posición el enfermo, por medio de una almohada colocada á modo de cuña entre la mesa y el plano anterior del sujeto intervenido. Al mismo tiempo el cloriformizador mantiene tirante el miembro torácico del lado que se opera, dirigiéndolo hacia arriba y hacia afuera, con cuyos recursos la escápula se separa y los espacios intercostales se ensanchan facilitando ambos hechos la intervención.

La operación consta de los siguientes tiempos:

1.º Incisión que se extiende desde la sexta costilla hasta la décima, colocada á tres traveses de dedo de la línea media y paralela á ella, de profundidad que comprende á la piel y al tejido celular subcutáneo.

2.º Incisión de igual longitud que la anterior, que comprende á los músculos dorsal ancho, trapecio, romboides, serratos y músculos espinales. Esta incisión debe practicarse con fuerza y profundamente, hasta sentir la resistencia ósea de las costillas.

3.º Separados los labios de la herida, por medio de separadores que sujeta un ayudante, se procede á la apertura de cada espacio intercostal, mediante una incisión de dirección perpendicular á las costillas, que secciona el músculo intercostal externo y respetando la hoja profunda de su aponeurosis.

4.º Previa separación de los bordes del músculo intercostal seccionado, se incide con la punta del bisturí, tomado á modo de pluma de escribir, la hoja profunda de la fascia del músculo intercostal, siguiendo una dirección paralela al borde costal, en la extensión suficiente para realizar el siguiente tiempo (5 milímetros).

5.º Terminado el cuarto tiempo, aparece en el fondo de la herida la pleura parietal, todavía protegida por la fascia subpleural y la lámina fibrosa que continúa á este nivel al músculo intercostal interno. Entonces con un pequeño gancho, se encuentra fácilmente el nervio intercostal, por hallarse éste en la parte inferior del paquete vasculonervioso y se le extrae hasta hacer posible su prehensión, con una pinza de Kocher. En este tiempo de la operación hay el peligro de romper los vasos que acompañan al nervio, accidente que debe evitarse en lo posible, más que por su trascendencia, por evitar la hemorragia que oscurece el campo operatorio; en este caso, se aplica una pequeña torunda de gasa, continuando la intervención en otro espacio, para después volver una vez cohibida, que por otra parte se cohibe espontáneamente sin necesidad de acudir á ligaduras. Otro peligro en el tiempo que nos ocupa es el pneumotórax, en cuya caso se evitará la entrada del aire á favor de una pequeña torunda de gasa, torunda que ha de conservarse aplicada hasta el momento de hacer la sutura del plano muscular.

6.º Sujeto el nervio se le secciona evitando todo traumatismo antes de su sección, pues en otro caso, se producen neuritis muy molestias y actuando sobre el cabo central se ejercen tracciones insistentes de dentro á afuera y, por último, se le torsiona hasta que la pinza se desprenda. Mis experimentos sobre el cadáver me han enseñado que la conmoción del simpático es más

intensa al elongar el nervio que torsionándolo, é insisto en este detalle, porque persiguiendo un efecto conmocionante del simpático del cual dependerán principalmente los cambios favorables, tengo á éste por el tiempo capital de mi intervención.

(Se continuará.)

Resultados del tratamiento intrarraquídeo en la parálisis general

POR EL

DOCTOR CÉSAR JUARROS

La práctica que los especialistas españoles vamos teniendo en el tratamiento intrarraquídeo de la parálisis general justifica é impone que cada uno dé su opinión á medida que vea ésta afianzada por hechos repetidos.

Yo utilizo siempre los autosueros mercurializados (sublimado) que prepara el Dr. Hernández Sampelayo, completando la medicación con inyecciones endovenosas de cianuro de mercurio y neosalvarsán.

Los resultados por mí obtenidos me permiten afirmar dos cosas:

1.ª *Que las remisiones de la parálisis general son en mis enfermos, desde que empleo este método, más frecuentes, más francas y más duraderas.*

2.ª *Que aun en los casos menos favorables, donde no puede hablarse de remisión, es lo cierto que, en general, la marcha de la enfermedad se hace más lenta, de menor intensidad sintomática.*

¿Curación? Es prematuro en lo que á mi experiencia se refiere poder resolver esta cuestión. Algún enfermo tengo yo en que con un poco de optimismo pudiera hablarse de ella; pero tomada cuenta de lo totales que suelen ser algunas remisiones de la parálisis general, creo preferible esperar más tiempo por sí, pese á todas las apariencias, sólo se tratase de una remisión.

Ahora bien, frente á estos casos existen otros, menos ciertamente, en los cuales el método intrarraquídeo resulta totalmente ineficaz y aun algunos—escasos afortunadamente—donde la aplicación del método intrarraquídeo parece coincidir con una agravación del cuadro clínico.

Esta realidad de la práctica plantea el problema de las indicaciones y contraindicaciones del nuevo método terapéutico, problema que dista bastante de tener aún fácil solución.

Clinicamente nuestras observaciones nos han dado la impresión de que constituyen casos recusables aquellos en los cuales alcanzaron ya gran relieve los signos somáticos. Lo psíquico parece tener, desde este punto de vista, mucha menor importancia.

El temblor peribucal muy acentuado y la disartria, son síntomas que cuando se presentan con gran intensidad, imponen una actitud de discreta reserva, respecto á los resultados.

En cambio, hemos tenido enfermos aparentemente con hondísima perturbación mental; pero mostrando escasa beligerancia los signos físicos, en los cuales á la

Mastleucocitos		0	
Linfocitos pequeños	12,5		
— grandes	0		
— leucocitoides	6,5	11,5	24
— grandes mononucleares	5		
Linfocitos típicos	2		
— grandes	1		
Linfocitos atípicos			3

Treinta minutos después: 11.700 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos		74	
— eosinófilos		0	
Mastleucocitos		0	
Linfocitos pequeños	17		
— grandes	0		
— leucocitoides	3	6	23
— grandes mononucleares	3		
Linfocitos típicos	2		
— grandes	1		
Linfocitos atípicos			3

4.º A las nueve del 25-XI-1918. Durante el desayuno.

Durante el acceso: 15.500 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos		50	
— eosinófilos		0	
Mastleucocitos		0	
Linfocitos típicos	37		
— grandes	0		
— leucocitoides	9,5	10,5	47,5
— grandes mononucleares	1		
Linfocitos atípicos	0		
— grandes	2,5		
Linfocitos atípicos			2,5

Cuarenta minutos después: 8.400 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos		64	
— eosinófilos		0	
Mastleucocitos		0	
Linfocitos típicos	23,5		
— grandes	0		
— leucocitoides	10,5	12,5	36
— grandes mononucleares	2		
Linfocitos atípicos	0		
— grandes	3		
Linfocitos atípicos			3

En este enfermo, como en los hasta aquí estudiados, se observó durante el acceso leucocitosis á veces intensa: de 7.400 en el 1.º, de 4.400 en el 2.º, de 5.200 en el 3.º y 7.100 en el 4.º.

Salvo en el tercer acceso, en los otros tres la leucocitosis se produjo á expensas de los linfocitos. Y esta aparente excepción estaba, sin embargo, bien explicada por estar el sujeto en cuestión afecto en ese día de una violenta gastroenteritis con polinucleosis que no se modificó por el acceso.

También en alguna de las observaciones estaban muy aumentados los linfocitos. Así en la 1.ª llegaron á 12 y en la 2.ª á 8.

Los eosinófilos no sufrieron alteración. Desaparecieron, sin embargo, durante y después del acceso en las dos últimas observaciones, cuando el enfermo estaba ya muy grave y próximo á morir, muerte que se produjo en verdadera caquexia, que podía ser atribuible lo mismo á la gastroenteritis de que ya hablé, que al estado de mal epiléptico. En este último caso debíase dar la razón á Morselli y á Pastore (1), cuando afirman que desaparecen los eosinófilos de la sangre de los epilépticos

(1) Loc. cit.

en esa circunstancia. De todos modos está ese hecho muy relacionado con la observación múltiples veces confirmada de que los leucocitos de granulaciones oxifilas desaparecen de la sangre en los momentos de grave intoxicación del organismo. Tanto que Achard ha podido decir con razón que «los eosinófilos son un certificado de salud».

CASO NÚM. VI. — Hombre de treinta y nueve años. Estudiado dos ataques.

1.º Una hora y media después de la comida. Acceso ligero á las diez y cuarto del 26 XI-1918.

Durante el acceso: 8.900 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos		62,5	
— eosinófilos		3	
Mastleucocitos		0,5	
Linfocitos típicos	16,5		
— grandes	1,5		
— leucocitoides	6	9,5	26,5
— grandes mononucleares	3,5		
Linfocitos atípicos	3,5		
— grandes	3		
Linfocitos atípicos			6,5
Células de Rieder			0

Treinta minutos después: 8.200 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos		70,5	
— eosinófilos		1	
Mastleucocitos		0	
Linfocitos típicos	18,5		
— grandes	0,5		
— leucocitoides	4	5	24
— grandes mononucleares	1		
Linfocitos atípicos	1,5		
— grandes	2		
Linfocitos atípicos			3,5
Células de Rieder			1

2.º Durante el ataque: 11.700 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos		56	
— eosinófilos		2	
Mastleucocitos		0	
Linfocitos típicos	20		
— grandes	0		
— leucocitoides	16		
Linfocitos atípicos	8		
— grandes mononucleares	2		
Linfocitos atípicos			10
Células de Rieder			2

Treinta minutos después: 7.400 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos		71	
— eosinófilos		3	
Mastleucocitos		0	
Linfocitos pequeños	20		
— grandes	0		
— leucocitoides	4		
Linfocitos atípicos	1		
— grandes mononucleares	1		
Linfocitos atípicos			2
Células de Rieder			0

En el primer ataque estudiado que fué muy ligero, y en el que en realidad acudí tarde, cuando ya habían cesado las convulsiones, no pude comprobar una verdadera leucocitosis; mas no así en el 2.º, en el que hubo mononucleosis (de linfocitos y linfocitos). También en el primer acceso, á pesar de no haber leucocitosis, había sin embargo un ligero aumento de los mononucleares durante el ataque.

CASO NÚM. VII. — Hombre de cuarenta años. Estudiado un acceso.

Durante el ataque (muy ligero). A las diez y media del 8-XII-1918: 9.000 leucocitos.

Polinucleares neutrófilos.....	66,5	
— eosinófilos.....	4	
Mastleucocitos.....	0,5	
Linfocitos pequeños.....	11,5	
— grandes.....	0,5	
— leucocitoides.....	9	25,5
— grandes.....	2	
— de granulaciones azurófilas.....	2,5	
Linfoleucocitos.....	1	3,5
— grandes mononucleares.....	2,5	
Células de Rieder.....	0	

Cuarenta y cinco minutos después: 8.500 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	76	
— eosinófilos.....	5,5	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	9	
— grandes.....	0	
— leucocitoides.....	2,5	14
— grandes.....	1	
— de granulaciones azurófilas.....	1,5	
Linfoleucocitos.....	1,5	4
— grandes mononucleares.....	2,5	
Células de Rieder.....	0,5	

Es importante esta observación. Acudí por estar distante del enfermo algo tarde, cuando ya no tenía convulsiones, pero sí pude comprobar que había mayor número de linfocitos al finalizar el ataque que cuarenta y cinco minutos después *á pesar de no existir leucocitosis*.

CASO NÚM. VIII.— Hombre de cuarenta y dos años. Estudiado un ataque, una hora después de la comida. A las diez del 18-XI 1918.

Durante el ataque: 10.400 leucocitos por milímetro cúbico.

Cuarenta minutos después del ataque: 9.100 leucocitos por milímetro cúbico.

Omito las fórmulas de este sujeto por ser normales y no acusar alteración ninguna.

Es decir, que prácticamente en este enfermo no hubo ni leucocitosis, ni mononucleosis durante el ataque.

CASO NÚM. IX.— Hombre de veinte años. Estudiado un ataque. Dos horas después de la comida.

Durante el ataque: 12.400 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	70	
— eosinófilos.....	5	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	15	
— grandes.....	2,6	20,9
— leucocitoides.....	3,3	
Linfoleucocitos.....	3,3	4,1
— grandes mononucleares.....	0,8	

Veinte minutos después: 8.400 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	61	
— eosinófilos.....	5	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	20	
— grandes.....	0	25
— leucocitoides.....	5	
Linfoleucocitos.....	6	9
— grandes mononucleares.....	3	

Hubo leucocitosis (de 4.000), pero no mononucleosis, ó por lo menos había un poco más de mononuclea-

res después del ataque. ¿Acaso por estar el sujeto en período digestivo?

CASO NÚM. X.— Hombre de cuarenta y cuatro años. Epiléptico alienado, recluso á disposición del Presidente de esta Audiencia. Padece ataques convulsivos de epilepsia genuina, y además, como equivalentes de ataques, accesos de furor. Durante uno de ellos, en Órgiva, libró descomunal batalla con la Guardia civil y los serenos, hiriendo á varios, desarmándolos, y recibiendo él multitud de machetazos que lo dejaron muy gravemente herido. Por este motivo fué procesado: declarado irresponsable fué recluso en este Manicomio.

Durante un ataque violentísimo de furia epiléptica, mientras vociferando y presa de violentísima agitación estaba sujeto con camisa de fuerza, hice el recuento de sus leucocitos.

Número de leucocitos por milímetro cúbico, 18.500.

Polinucleares neutrófilos.....	66	
— eosinófilos.....	0,4	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	20	
— grandes.....	0	26,8
— leucocitoides.....	6,8	
Linfoleucocitos.....	3,2	4,8
— grandes mononucleares.....	1,6	
Células de Rieder.....	2	

Hay, pues, marcada leucocitosis; pero sin variación de la fórmula, con respecto á lo normal.

CASO NÚM. XI.— Mujer de treinta y tres años. Esta enferma padece accesos convulsivos con frecuencia; pero no intensos. Estudiados tres.

1.º Cinco horas después de la comida.

Durante el ataque: 16.800 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	51	
— eosinófilos.....	3	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	29	
— grandes.....	0	38
— leucocitoides.....	9	
Linfoleucocitos.....	7	8
— grandes mononucleares.....	1	

Veinte minutos después: 9.800 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	55	
— eosinófilos.....	1	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos pequeños.....	34	
— grandes.....	10	39
— leucocitoides.....	5	
Linfoleucocitos.....	3	15
— grandes mononucleares.....	2	

(Se continuará.)

SHOCK TRAUMÁTICO (1)

POR

JOSÉ SEGOVIA Y CABALLERO

Alumno de Medicina Legal.

Anatomía patológica. — El estudio de las modificaciones que se encuentran en los distintos órganos de los animales en estado de shock, fué ya iniciado por Fischer y Goltz que habían observado la vasodilatación abdominal por parálisis vasomotora refleja, y Brown-Séquard hizo notar la coloración roja de la sangre venosa; pero es á Crile (2) á quien se

(1) Véase al número anterior.

(2) CRILE: "Anoci-association", Filadelfia, 1915.

debe el conocimiento de las alteraciones celulares de cerebro y cerebelo, hígado y suprarrenales que constituyen el sistema cinético, alteraciones celulares que presentan distintas fases correspondientes a los distintos períodos del shock.

Cuando se observa al microscopio un corte del cerebro de un animal sacrificado después de haber sufrido una excitación más o menos prolongada, por el miedo por ejemplo, se aprecia, si el animal ha sido sacrificado después de un terror súbito, un primer período de hiperactividad caracterizado por el hiperchromatismo. Los grumos de Nissel presentan un aumento de número. Los contornos celulares igualmente se encuentran más correctamente dibujados. Esta primera fase se observa también en los animales sometidos a la acción del éter, alcohol y sacrificados en su primer período.

Sigue al estado de hiperactividad un segundo estado de agotamiento caracterizado por

1.º Cromatolisis. Cuando se comparan dos cortes de cerebro, de un animal testigo y de otro sometidos a prolongadas excitaciones, se advierte la notable disminución de los grumos cromáticos de Nissel, diferencia que es más patente cuando la comparación se hace con cortes de cerebro perteneciente a un animal sacrificado en la primera fase. Pero estas modificaciones celulares no se limitan a la cromatolisis ni se localizan sólo en el cerebro; existe además

2.º Alteraciones protoplasmáticas que se pueden apreciar en el grupo de órganos que constituyen lo que Crile llama el sistema cinético. Cuando se miran al microscopio el cerebro, cerebelo, hígado, suprarrenales, comparándolos con cortes de animales testigos, se observa la disminución y retracción del citoplasma; la disminución del tamaño del núcleo ó su coloración periférica, falta de contornos limpios; la presencia de vacuolas protoplasmáticas. En una tercera fase se encuentra la ruptura de la membrana celular y nuclear, y, por último, en un cuarto período la desintegración total y muerte de la célula.

Todos estas modificaciones se observan especialmente en el cerebro y cerebelo. Pero se presentan asimismo como ya hemos dicho en el hígado, suprarrenales y también en el bulbo y medula.

A estas perturbaciones de la composición celular pueden añadirse las alteraciones descritas por Hocker y Weed (Examination of the Brain of shell-Shocked dogs for intravascular fat.—Comptes rendues de la Société de Biologie, Octubre de 1918) y que consisten en unas gotitas de una substancia de naturaleza seguramente grasienta que se colorea por el Sudan III y por el ácido ósmico, halladas principalmente en los vasos cerebrales de perros en estado de shock, sobre todo en los plexos coroideos del tercer ventrículo, sin que se haya dado explicación de este hecho.

Por su parte Nantu (Les alterations initiales du foie dans les grands traumatismes.—Comptes rendues. Soc. de Biologie, Abril 1918) ha encontrado alteraciones en el hígado de animales en estado de shock consistentes en degeneraciones vacuolar y grasienta y kariolisis que están en armonía con las alteraciones que describe Crile.

Fisiología patológica del shock.—Las alteraciones funcionales sufridas por los enfermos afectos de shock se traducen á simple vista á la expresión de la cara. Los ojos han perdido su brillo debido á la disminución de la secreción lagrimal y están profundamente hundidos en la órbita y rodeados de un anillo oscuro debido al éxtasis venoso y capilar. A la pérdida de inervación muscular se debe el hundimiento de los ojos y la caída de los párpados, así como también á causa de la falta de inervación de los maseteros y

bucinatorios la mandíbula inferior cuelga y las mejillas se hunden.

Pero el signo que hay que tener más en cuenta es el descenso de la presión arterial. Cuando la presión sanguínea en la carótida ha descendido á 20 milímetros de mercurio puede admitirse que se ha llegado á un grado imposible de reaccionar. El pulso al principio se acelera, aunque algunas veces se hace lento. La ondulación pulsátil es corta, fácilmente depresible y rara vez dicota.

A medida que el shock va haciéndose más profundo la impulsión cardíaca disminuye. Como consecuencia de esta insuficiencia circulatoria, la cara palidece y esta palidez que se observa en la cara existe igualmente en las regiones profundas del organismo, músculos, vísceras abdominales, como se observa en los antopsiados inmediatamente después de la muerte por shock (1).

Este descenso de la presión no es debido á la debilidad cardíaca, porque si se aumenta la presión arterial por la adrenalina ó por compresión cerebral, el corazón trabaja eficazmente contra esta presión. (Mann, Experiencias de Dijon.)

No es debido primitivamente á la falta de tono vasoconstrictor, porque elevando la presión por compresión aórtica, en un conejo cuyo simpático cervical se secciona de un lado, hay un aflujo de sangre en la oreja no inervada pero no en la que queda en relación con la medula (Seeling-Joseph) (2).

El descenso de presión puede ser imputado á la sangre excluida de la circulación ó que quede estancada en alguna parte del sistema vascular, la cual no está contenida en las venas abdominales como se supone de ordinario y que ya hemos visto que no comprueba la autopsia, ni en las arterias, porque en este caso la presión no descendería.

La observación sugiere la hipótesis de que la sangre perdida en los casos de shock puede estar en gran parte estancada en las capilares ó concentrada por la extravasación del plasma, fundándose en el hecho de que la diferencia entre el número de hematíes en las capilares y en las venas puede alcanzar la cifra de 2.500.000 (3).

Lo que aún no ha podido comprobarse de un modo exacto es el estado fisiológico del centro vasomotor durante el shock. Desde cierto punto de vista puede decirse que sólo está paralizado y agotado más tarde.

Sin embargo, sea el que quiera el estado físico de estos centros, podemos admitir, fundándonos en el rápido restablecimiento de éstos centros á la normalidad, que dichos centros no están morfológicamente alterados, sino que su trastorno ó agotamiento es sólo funcional y temporal. Además ya hemos visto que según las experiencias de Seeling y Joseph el descenso de la presión sanguínea es, por lo menos primitivamente, independiente de la falta de tono vasomotor.

Otro de los fenómenos que se observa en el shock es la reducción de la reserva alcalina (bicarbonato de la sangre) reducción á veces bastante considerable para determinar la acidosis y que resulta del descenso exagerado de la presión.

Si sólo baja á 80 milímetros no hay reducción de la reserva alcalina; á 70 comienza á decaer, y si baja á 60 milímetros, decrece más rápidamente (Dijon).

Cuando la presión baja, la corriente circulatoria es más lenta y la cantidad de oxígeno suministrado á los tejidos menor. En presencia de esta cantidad insuficiente de oxígeno

(1) CRILE: En *Keen's Surgery*.

(2) Citado por Cannon: A basis, por discussion of traumatic Shock, Soc. de Biol., Octubre, 1918.

(3) Cannon, loc. cit.

se produce una oxidación insuficiente con formación de ácido láctico que ocasiona una reducción de alcalinos.

Respiración.—Los movimientos respiratorios se encuentran por regla general acelerados en el shock. Algunas veces la respiración es irregular y cuando el shock es más profundo pueden observarse períodos rítmicos, durante los cuales la respiración está activada. Lo mismo la fase inspiratoria que la espiratoria son más rápidas y en cambio es más prolongada la pausa entre ambas.

En los casos graves la aparición de un tipo respiratorio convulsivo ó anheloso en tiraje traqueal y mandibular indica el próximo fin del enfermo.

Sistema muscular.—Lo mismo los músculos voluntarios que los involuntarios están relajados; el enfermo conserva la posición en que cae, los reflejos están disminuídos y en la mayor parte de los casos graves hay imposibilidad absoluta de hacer ningún movimiento voluntario.

Excreciones y secreciones.—Las funciones del tubo digestivo y de los riñones están disminuídas. La aparición de una ligera sudoración aun cuando el sudor aparezca en gotas se debe probablemente á la relajación de la piel.

Cerebro y medula.—Las funciones cerebrales están generalmente disminuídas aun cuando el enfermo puede estar locuaz y excitable. Las ideas suelen ser incoherentes. En una palabra, en estado de shock todas las funciones vitales están virtualmente trastornadas.

Patogenia.

Aunque conocido desde antiguo, solamente desde los últimos años del siglo pasado se han esforzado los cirujanos y los fisiólogos en explicar la patogenia de este síndrome. Citaremos rápidamente algunas de las teorías que estuvieron en boga anteriormente para detenernos más en las ideas actualmente admitidas.

Los primeros fisiólogos que dieron explicaciones sobre los fenómenos del shock lo achacaron á reflejos inhibitorios sobre el corazón y la respiración. Francois Frank (1) demostró que la excitación de cualquier nervio sensible determina un reflejo inhibitor sobre el corazón y la respiración, cuyo centro asienta en el bulbo, y creyó poder explicar por este sencillo mecanismo la patogenia del shock traumático. Parece, por consiguiente, que no estaban bien deslindados los límites entre el shock y el síncope traumático (cosa que no tiene nada de particular, pues aún no está hoy dicha la última palabra sobre este asunto), y que lo que Francois Frank describía no era sino un síncope traumático.

Teoría de Goltz y de Fischer.—El clásico experimento de Goltz, citado en todas las obras de fisiología, dió origen á otra explicación de los fenómenos del shock, iniciada primeramente por Goltz y ampliada por Fischer (2). Esta teoría supone que la hipotensión arterial, fenómeno principal del shock, es debida á una acumulación de la sangre en las venas profundas, especialmente en las del sistema porta. Esta acumulación es debida á la dilatación de las venas por parálisis refleja de los nervios vasomotores. Retenida en estos vasos dilatados una gran parte de la sangre, el sistema arterial no recibe más que una pequeña cantidad, de aquí el tinte anémico de los tegumentos, la lentitud de la circulación en las últimas ramificaciones de las arterias y en los capilares.

La aceleración de los latidos cardíacos es el resultado de

(1) Excitation de nerfs sensibles (*Arch. de Physiol. expérimentale*, 1876).

(2) FISCHER und PLOTZL: Tod durch shock nach einer Operation, *Berliner klin. Wochenschrift*, 1871.

eate descenso de la presión arterial, hecho establecido desde hacía mucho tiempo; el corazón es entonces comparable con una bomba insuficientemente alimentada, su fuerza contráctil acaba por agotarse, y, finalmente, se para en diástole.

Teoría de Brown Séquard.—El fenómeno inicial sería también un reflejo, según esta teoría del genial fisiólogo, que tomaría su origen en la excitación de los nervios centrípetos y que se organizaría en el bulbo; pero aparte de la acción de este reflejo sobre el corazón y respiración, concedía Brown Séquard la mayor importancia á la acción sobre los nervios vasomotores y tróficos, que tendría como consecuencia la inhibición de los cambios nutritivos entre la sangre y los tejidos.

Una de las pruebas en que más se apoyaba Brown Séquard era en el hecho de encontrarse en los individuos ó animales muertos de shock las venas llenas de sangre roja, con aspecto arterial, además encierra menor cantidad de CO₂, como pudo demostrar él. D'Arsonval-Richet y Reynier, demostraron que el descenso de temperatura no era debido á la mayor pérdida de calor por la piel; por consiguiente, era preciso buscar en la disminución de las combustiones intra-orgánicas el origen de este descenso de temperatura. Las experiencias de Rogers (1) contribuyeron á la demostración de esta teoría. Este autor demostró que, aplastando la cabeza de una rana, la inyección de estricnina en el saco linfático dorsal no provoca las convulsiones como en otra rana normal; esto era debido á que la inhibición de los cambios impide á la estricnina pasar desde la sangre á impregnar los elementos anatómicos de la medula. Contegean hizo una grave objeción á esta experiencia; el aplastamiento de la cabeza lesiona los vasos por los cuales la estricnina debía pasar desde el saco dorsal hacia la medula, pero Galeazzi reprodujo la experiencia de Roger substituyendo el aplastamiento de la cabeza por la contusión de una pata de un conejo, obteniendo el mismo resultado, lo que contribuyó al predominio que la teoría de Brown Séquard alcanzó durante bastante tiempo.

Teoría de Höber.—Este autor llegó, independientemente de Fischer y de Goltz, á una concepción parecida después de cuidadosos experimentos en que el shock era producido por la excitación del peritoneo ó la pleura mediante ciertas disoluciones (2). Para Höber el fenómeno inicial es también la vasodilatación abdominal, pero atribuye también un gran papel al enfriamiento de la sangre. La estasis de la sangre en las venas del sistema porta debe elevar su temperatura, pero este aumento está en exceso compensado con el enfriamiento debido á la dilatación de los vasos cutáneos; además el contacto de la masa intestinal con la pared abdominal enfriada es una fuente importante de pérdida de calor. Estas causas reunidas producen un descenso de la temperatura de la sangre que vuelve al corazón, la cual, lanzada al organismo, aumenta el enfriamiento del cuerpo entero.

Esta teoría ha sido combatida por Richet y Reynier, que demostraron, introduciendo un termómetro á través de la vena yugular en la amícula de un conejo, que no existía tal disminución de la temperatura de la sangre.

Teoría de Philippen.—Esta teoría es una modificación de la de Brown Séquard, pero ofrece algún interés porque parece ser el precursor de la teoría más moderna, la teoría tóxica, aunque esta intoxicación la conciba de un modo diferente á las teorías actualmente dominantes. En efecto, Phi-

(1) Citado por Le Dentu.—Les causes de décès post-opératoires.—Actas del Congreso Internacional de Medicina de Madrid, 1903.

(2) HÖBER: Ueber experimentellen Shock durch Reizung der Serösen Häuten, *Arch. für exp. Pathol.*, 1888.

lippen (1) creía con Brown Séquard que el fenómeno originario era la alteración del metabolismo provocada por la alteración funcional del sistema nervioso, pero cree que la acción de los centros nerviosos no es bastante importante para que su agotamiento sea capaz de operar sobre todos los cambios nutritivos una reducción tan importante como la que caracteriza el estado de shock, y cree que es preciso buscar la causa del trastorno funcional que constituye el shock en los músculos y en las glándulas, verdaderos laboratorios del calor animal y de los cambios. En una palabra, en lugar de la inhibición de los cambios, invocada por Brown Séquard, invoca Philippen un movimiento metabólico anormal, acarreado la formación de productos de desintegración anormales ó anormalmente abundantes, y determinando, en suma, la autointoxicación del organismo. El mismo autor encontraba como objeción á su teoría la instantaneidad de algunos casos de shock. Ya veremos más adelante cómo sin tener conocimiento, al parecer, de estas ideas, han llegado Quénn y Debet á conclusiones algo parecidas.

Teoría de Henderson.—Esta teoría fué expuesta por su autor en 1908 (2), y en oposición á la teoría de Crile y Cressling entonces dominante. En esencia consiste en lo siguiente: El dolor producido por el traumatismo produce una hiperactividad de la respiración, cosa probada ya por múltiples observaciones. Esta hiperpnea produce una excesiva ventilación pulmonar como consecuencia de la cual el CO_2 contenido en la sangre se encuentra grandemente disminuido. Como es sabido, el CO_2 es el estimulante normal de la respiración; cuando este excitante está muy disminuido, solamente el dolor mantiene la respiración, pero si el dolor disminuye bien espontáneamente, bien por la administración de un anestésico ó bien por la misma disminución de CO_2 (realmente esto último se compagina mal con los datos de la fisiología), faltando toda excitación del centro respiratorio, la respiración se detiene.

De una larga serie de experimentos practicados por Henderson (3) ha deducido que el descenso de la presión arterial observado en el shock no es debido á la fatiga ó inhibición del centro vasomotor; éste, por el contrario, se encuentra excitado y cumple su misión con exceso.

El descenso de la presión arterial se debe principalmente á que la capnia origina un complejo proceso periférico (dice Henderson) manifiesto, sobre todo, por alteración de los pequeños vasos y paso de agua desde la sangre á la linfa y á los tejidos, lo que origina una gran disminución del volumen de la sangre que es la causa del descenso de la presión arterial.

Esta teoría tiene muchos puntos flacos. El principal apoyo de ella era el haber producido Henderson el shock en animales, sometidos á la hiperrespiración artificial, hecho comprobado por otros autores (4).

Más modernamente, Janeway y Ewing (5) han practicado experimentos que contradicen este apoyo que parecía el más firme de la teoría de Henderson. De sus experimentos resulta que el shock puede ser causado por la hiperrespiración artificial, pero que no es debido á la acapnia (falta de CO_2), sino á la influencia de la respiración sobre la repleción del corazón, porque este shock se produce igualmente

aun cuando se haga respirar al animal aire con cierta cantidad de CO_2 .

De todos modos, aun antes de ser practicados experimentos, existía ya cierto escepticismo sobre esta teoría que realmente parece bastante artificiosa. Por consiguiente, el tratamiento propuesto por el autor por medio de inyecciones de suero con CO_2 , ha sido generalmente abandonado.

Teoría del agotamiento vasomotor.—Esta teoría fué expuesta independientemente por Cushing y Crile antes de idear el primero su teoría cinética que es la generalmente conocida con el nombre de teoría de Crile, y es, por lo menos, de una realidad clínica mucho mayor que las anteriores.

Considera la hipotensión arterial como el hecho principal del cual dependen los demás fenómenos observados en el shock. Crile, en colaboración con Mall (loc. cit.), demostró que el descenso de la presión arterial no es debido, como creían Goltz y Fischer, á la vasodilatación abdominal, con un sencillo experimento que consiste en repetir la experiencia de Goltz; pero habiendo ligado previamente la aorta abdominal ó las arterias mesentéricas. En estas condiciones se producían los mismos fenómenos de shock, á pesar de lo cual las venas abdominales estaban casi vacías.

No siendo debido este descenso de la presión arterial á la vasodilatación abdominal, ni tampoco al desfallecimiento cardíaco, creen que esta hipotensión es debida á la dilatación de todo el sistema circulatorio consecutiva á la parálisis vasomotora. El centro vasomotor del bulbo sería estimulado por la excitación de los nervios periféricos; esta estimulación excesiva conduciría á su agotamiento en poco tiempo y entonces sobrevendría la hipotensión y los demás fenómenos de shock.

Esta teoría ha sido defendida en Francia particularmente por Tixier y ha estado muy en boga, contando aún con bastantes partidarios, pues se ajusta mucho á la realidad de los hechos. Ya hemos expuesto anteriormente, sin embargo, algunos modernos experimentos que parecen contradicen esta teoría.

Teoría de Crile.—Las investigaciones de este cirujano marcan una nueva era en lo que se refiere al estudio del shock. Los primeros trabajos de Crile aparecieron en una monografía (1) publicada en 1897, en la cual sostenía que el fenómeno esencial del shock era el descenso de la presión arterial y que el shock se debía á la alteración del mecanismo vasomotor.

Más tarde, en 1901 (2) publicó otro nuevo trabajo en el cual ampliaba estas ideas y exponía los primeros ensayos de la evitación del shock por su técnica de la asociación anociva de que nos ocuparemos más adelante. Los años siguientes fueron empleados por Crile sobre todo en el estudio del tratamiento del shock, y solamente más tarde completó y generalizó su teoría bautizándola con el nombre de «teoría cinética» siendo publicados estos estudios en el *Interstate Medical Journal* (de San Luis) en Junio de 1913 (3).

He aquí cómo expone Crile su teoría: Partiendo del hecho de que el shock como entidad clínica es producido por síntomas idénticos tanto por los traumatismos como por los esfuerzos físicos prolongados, el miedo ó emociones psíquicas de todo orden, se podía suponer *a priori* que la lesión de donde resulta la enfermedad debía encontrarse en el sitio donde se reúnen las impresiones sensoriales y psíquicas, es

(1) Etude sur la pathologie du choc nerveux. *Annales de la Société de Sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, 1898.

(2) *American Journal of Physiology Acapnia and Shock*, Febrero, 1908 y siguientes.

(3) Fatal Apnea and the Shock problems, *Fraser Hopkins Hospital Bull.*, 1910.

(4) GWATNEY: *Anesthesia*, Filadelfia, 1914.

(5) The nature of shock, *Annals of Surgery*, Febrero, 1914.

(1) Ya citada.

(2) An experimental Research into certain Problems relating to Surgical Operations.

(3) Este artículo fué publicado después en el *The Lancet* en Julio de 1913 y en *La Revue de Chirurgie* de Paris en Enero 1914.

decir, en el cerebro. Ya hemos dicho en el capítulo anterior lo que resulta de estos estudios de Crile sobre las alteraciones de las células cerebrales. Además había observado Crile que todos los animales capaces de sufrir el shock son precisamente aquellos que deben su conservación individual a alguna forma de actividad motriz. En el hombre y en muchos animales ésta actividad motriz se traduce por la huida ó la lucha; de aquí ocurre que la vista de un objeto peligroso ó cualquiera amenaza de la integridad del organismo excitan en el hombre y en estos animales la actividad motora que les ayudará a luchar ó a huir. Los únicos peligros que amenazaban a nuestros antepasados filogénicos podían ser evitados por la lucha ó por la huida, pero el desarrollo de la civilización introdujo nuevos excitantes, contra los cuales reaccionaron solamente las partes del mecanismo orgánico que habían sido ejercitadas filogénicamente en oponerse a los peligros de orden físico.

(Se continuará.)

BIBLIOGRAFIA

INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES PLEURO-PULMONARES, por Augusto Gutiérrez Gamero y Justo H. Cerdeiras.

Quien dudara de la rápida renovación de nuestro ambiente cultural, habría de tranquilizar muy pronto sus inquietudes espirituales pensando en la consoladora frecuencia con que de diez años a esta parte menudean en España los libros de técnica.

No es posible establecer categorías de superioridad en los conocimientos, y si llegaran a crearse, habría, sin duda, de proclamarse superior la generalización ó la intuición genial, al pequeño detalle de la práctica, al nimio y menudísimo consejo de técnica. Y, sin embargo, hay razones poderosas para considerar los libros dedicados a esta segunda especie de actuación como sintomáticos de un progreso médico.

Y esto porque la Medicina es, ante todo y sobre todo, una ciencia de observación; porque para cultivarla es necesario beber cada día en la fuente de los fenómenos clínicos más que en la de los libros ajenos, porque contribuye mucho más a la conquista de la verdad aquel que enseña a *percutir* que quien dedica un discurso a proclamar las excelencias de la percusión como medio de diagnóstico.

Afortunadamente el camino ha sido bien comprendido y vigorosamente iniciado. Estos libros de técnica, estos laudables libros donde toda la experiencia clínica del autor, expuesta crudamente, sin ditirambos, sin interpretaciones, sin logomaquias de filósofo, hiere la imaginación del que lee, y le enseña sobre la eterna verdad del enfermo mismo, son, como antes se decía, más frecuentes cada vez. Es necesario acoger su aparición con júbilo y con aplauso.

A esta categoría pertenece el excelente trabajo de los Dres. Gutiérrez Gamero y Cerdeiras. Al asociarse han reunido en feliz consorcio la madurez de la experiencia consagrada del fisiólogo de Madrid, con el espíritu innovador y revolucionario, un poco internacional, del joven médico sudamericano, educado en las clínicas alemanas.

Poco puede decirse del contenido del libro, y esta es su mejor crítica. Es un libro donde se aprende a interpretar las imágenes radiológicas de las enfermedades del aparato respiratorio, y esto del único modo que tales cosas pueden aprenderse, es decir, poniendo a la vista del lector las radiografías por centenares, y exponiendo con detalle la significación de cada sombra, de cada contorno. No es necesario decir que para lograr esta finalidad ha sido necesario editar con inusitado esmero el trabajo.

Después de una breve «nota preliminar» los autores presentan la sombra del tórax normal, como necesario punto de referencia para estudiar la del patológico. La primera parte está dedicada al estudio de las enfermedades de los pulmones (excepto la tuberculosis). Todos los estados morbosos están expuestos con detalle; pero es particularmente interesante el estudio radiológico de las neumonías y el de las neoplasias pulmonares y de mediastino. En las enfermedades de los bronquios (que constituyen la segunda parte) llama sobre todo la atención un estudio radiológico de la adenopatía traqueobronquial.

Todo el capítulo de la tuberculosis pulmonar, erigido en parte tercera del estudio clínico, es tal vez lo más útil y lo más completo que el libro tiene. No es posible dudar que él ha de contribuir a convencer al médico general de la absoluta necesidad del examen radiológico para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, al mismo título que es necesaria la auscultación ó el examen de esputos.

Aún hay otra parte de novedad extraordinaria, y que constituye uno de los méritos sobresalientes del libro: la dedicada al estudio de la imagen radioscópica del neuntórax artificial en los distintos momentos de su producción. Un último capítulo dedicado a las enfermedades de la pleura, y una extensa bibliografía completan el contenido del libro.

Creemos sinceramente que los Dres. Gamero y Cerdeiras han realizado una utilísima labor de educación científica y de divulgación médica.

J. S. B.

Periódicos médicos.

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Un caso de úlcera crónica del estómago perforada.—El autor, D. Guillermo Valdés, hace presente que el interés del caso que comunica reside en el hecho de haberse apartado de la conducta terapéutica generalmente admitida en casos de perforación de úlcera crónica del estómago, es decir, no haber practicado la intervención precoz y haber esperado a que el proceso localizado que había observado desapareciese por intervención en frío. Hace constar que su criterio en casos de perforación de ulceraciones gástricas es francamente intervencionista, y que diagnosticada la perforación, aconseja y procede de inmediato a la intervención. Pero el caso que presenta reunía ciertas condiciones favorables, a su juicio, para observar una conducta expectante. Se trataba de un enfermo del servicio del profesor Solé, que desde hacía diez años sufría de úlcera gástrica (ardores del estómago después de las comidas, eructos, regurgitaciones ácidas y vómitos alimenticios que le calmaban el dolor), y que una noche, una hora después de un vómito copioso, siente dolores internos en el epigastrio. Visto por el médico de guardia, observa rigidez de la pared abdominal, dolor epigástrico intenso subjetivo y a la presión. Cinco horas después es visto por el Dr. Valdés y constata: pulso, respiración y temperatura normales, dolor a la presión localizado en el epigastrio y resistencia de la pared a ese nivel. Con los antecedentes y el episodio ocurrido horas antes, hace diagnóstico de perforación de úlcera gástrica y sospecha que el proceso se ha localizado merced a una perigastritis adherente. El cuadro clínico le hace la impresión de un simulacro de perforación.

Como el enfermo tuvo su perforación después de un vómito copioso, lo que hacía suponer que el estómago estaba vacío, y como se trataba de un enfermo que estaba ya hospita-

lizado y en condiciones de ser intervenido á la menor alerta, resuelve esperar y lo interviene después de un mes y medio. Practica con anestesia local una simple gastroenterostomía posterior transmesocólica, habiendo previamente constatado la existencia de una úlcera callosa de la pequeña curvatura, adherida á la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado y al gran epiploón. Después de practicada la intervención, el enfermo ha observado un régimen alimenticio durante seis meses. Actualmente come de todo y no siente ninguna molestia gástrica, lo que le hace creer que está definitivamente curado. (*Semana Médica*, Mayo 22 de 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. El enfisema mediastínico agudo, por el Dr. Gatellier.—El enfisema mediastínico puede ser de origen médico; aparece como complicación de la bronconeumonía, del enfisema pulmonar ó de los accesos de tos violentos que hay en la tos ferina.

Por lo común es de origen quirúrgico; es sucesivo á un traumatismo cerrado, con ó sin fractura de costillas, á una herida pleuro-pulmonar, esté ó no el mediastino mismo interesado por el proyectil, ó á una intervención quirúrgica sobre el pulmón.

El enfisema que nos ocupa parece tener dos procedencias: ó el aire que se infiltra en el mediastino es insuflado en él directamente, ó bien entra de un modo secundario, consecutivamente á un enfisema subcutáneo, penetrando por el orificio superior del tórax. Según el autor sólo la primera opinión es exacta.

1.º Enfisema mediastínico de comienzo mediastínico.—Presenta dos modalidades:

a) La pleura parietal mediastínica está intacta. El aire no puede penetrar sino á través del tejido celular que envuelve el pedículo pulmonar. Si el aire procede de un bronquiolo roto ó de un alvéolo, la infiltración es lenta y progresiva, si procede de un bronquio más grueso, puede ser brusca (infiltración masiva, enfisema mediastínico sobreagudo).

b) La pleura parietal mediastínica está alterada: El aire pasa entonces al mediastino con ó sin intermedio de neumotórax, y también puede hacerlo de una manera lenta y progresiva, ó bien de modo brusco por haber una herida amplia bronco-pulmonar ó una herida pequeña pero en válvula.

2.º Enfisema mediastínico por extensión de un enfisema subcutáneo difuso.—El autor niega la posibilidad de esta patogenia fundado en los siguientes datos:

Anatómicos: Hay una barrera aponeurótica infranqueable entre el tejido celular subcutáneo y las cavidades aponeuróticas mediastínicas; en cambio las segundas comunican fácilmente con las vainas vasculares del cuello; así que al primero le es imposible alcanzar las cápsulas profundas cervicales y mediastínicas.

Clínicos: Los enfisemas subcutáneos suelen ser benignos aun cuando estén generalizados; el enfisema mediastínico es muy grave.

Experimentales: Por insuflación de un cadáver se pueden reproducir aisladamente ambas clases de enfisema, jamás se consigue la fusión de uno en otro.

El citado enfisema se presenta, según Gatellier, en un 2 por 100 de los casos de heridas penetrantes del tórax.

El cuadro clínico del enfisema es muy característico cuando la lesión está del todo constituida; aparece el enfisema en la base del cuello, las fosas suprarrenal y supraclaviculares se abomban, la presión del dedo da la sensación de una almohada elástica, y, por último, hay crepitación. Los síntomas funcionales, también muy característicos, preceden á la aparición de la tumefacción de la base del cuello. Los

principales son: disnea y cianosis. El enfermo está sentado para utilizar los músculos respiratorios suplementarios; el corazón va poco á poco sintiéndose más débil, hasta que se para, á veces antes que la respiración. Estos síntomas dependen de la compresión de los órganos mediastínicos.

En los casos sobreagudos, los síntomas son muy graves desde un principio, ocurriendo la muerte en pocos minutos. En los casos lentos, la intervención es posible y el pronóstico es mejor.

Debe, por lo tanto, diagnosticarse el enfisema desde un principio sirviendo para ello los tres síntomas siguientes:

a) El dolor frénico por irritación de este nervio, debida al derrame gaseoso.

b) La desaparición de la matidez precordial.

c) Los datos que da la radioscopia. En el sujeto normal hay una sombra central cardíaca; á los lados dos bandas claras debidas al mediastino; más por fuera dos sombras lineales producidas por los hilos de los pulmones, y, por último, dos zonas claras correspondientes á los pulmones. En caso de enfisema las zonas claras mediastínicas se ensanchan y se hacen más claras aún. Las sombras que corresponden á los hilos se separan de la sombra cardíaca y las zonas claras pulmonares se estrechan por desplazamiento excéntrico de los pulmones y se ensombrecen por retracción de los mismos.

El enfisema mediastínico se distingue muy bien por sus síntomas clínicos del neumotórax.

Desde luego que el tratamiento ha de ser quirúrgico y el que propone Gatellier consta de los siguientes tiempos:

a) Pequeña incisión transversal supraesternal, comprendiendo la piel y la aponeurosis cervical superficial.

b) Incisión transversal de la aponeurosis cervical media, separando después hacia afuera los músculos infrahiodeos.

c) Disociación roma, con el dedo y con la sonda acanalada del tejido celular pretraqueal y del de la vaina visceral á cada lado de la tráquea, hasta llegar á la columna vertebral. La vaina vascular se disociará con cuidado.

d) Incisión de los tabiques sagitales para abrir el espacio retrovisceral.

e) Dislaceración hacia abajo de los numerosos tractos celulosos que forman el desgarramiento inferior de la aponeurosis cervico-pericardíaca.

De este modo toda la encrucijada queda ampliamente abierta y con desahío. Basta colocar un tubo grueso de avellanamiento que pase á través de la incisión supraesternal para man tenerla abierta. (*Le Progrès Médical*, 3 de Mayo 1919.)

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. El ruido de galope en el niño.—El Dr. Luis Morquio presenta tres observaciones muy interesantes, de las cuales deduce las siguientes apreciaciones:

Resulta desde luego, que el ruido de galope merece ocupar un lugar en la patología infantil, porque además de su existencia real, tiene una significación propia ó, por lo menos, especial. Lo fundamental es que el concepto patogénico dominante, que explica su conocimiento en el adulto, no es el que corresponde al niño, por faltar en esta edad los elementos que lo caracterizan y por estar relacionada su existencia con otros estados diferentes.

Sabemos que el ruido de galope está esencialmente vinculado á la arterioesclerosis, á la esclerosis cardiorenal, como una manifestación principal de la hipertensión arterial. Dice Barié que sobre un total de 96 enfermos atacados de nefritis intersticial, se encuentra el ruido de galope en 76

casos, ó sea 82,6 por 100. En esta enfermedad, el ruido de galope es un indicio que pone sobre las vías de lesión renal, y como lo ha establecido Potain, puede despistar la enfermedad desde un principio, aun mismo cuando ella parece perderse en medio de alteraciones diferentes.

Ahora bien; esta nefritis intersticial, azotémica ó hipertensiva, es absolutamente excepcional en la infancia: por nuestra parte, sólo tenemos presente un hecho seguro, visto en consulta, hace pocos meses, en una niña de nueve años, que falleció después de cuatro años de una marcha progresiva, iniciada con un púrpura infeccioso.

En cambio, encontramos con relativa frecuencia la nefritis crónica parenquimatosa, caracterizada por los estados edematosos á forma permanente ó intermitente: esta modalidad hidropígena, de la cual existen actualmente dos casos en el servicio, no es azotémica, ni hipertensiva. En estos casos el ruido de galope puede presentarse accidentalmente, acompañando los episodios agudos, en los estados intensos de anasarca, por surmenage cardíaco.

El aumento de tensión puede existir al principio en la nefritis aguda, por contracción de los capilares periféricos bajo la influencia tóxica, pero esta hipertensión cesa generalmente con la aparición de los edemas. La dilatación que sobreviene entonces, con síntomas de asistolia más ó menos pronunciados (aumento del hígado, pulso rápido, debilitamiento de los tonos, etc.), es la que contribuye principalmente á la producción del ritmo en tres tiempos.

El ruido de galope es, pues, en el niño, la expresión de un debilitamiento del miocardio, ya sea puramente tóxico, ya sea inflamatorio ó degenerativo. A este título lo encontramos en los procesos toxiinfecciosos profundos, del cual el más significativo, es la fiebre tifoidea, y en las alteraciones directas del corazón, á forma de pancarditis particularmente, vinculada en primer término con el reumatismo articular agudo.

Traduce, pues, una alteración funcional del músculo cardíaco, cuyo valor é importancia está en relación con las alteraciones anatómicas concomitantes. Así nos explicamos la benignidad del ruido de galope en la nefritis aguda, que obedece á una simple dilatación casi siempre pasajera; la gravedad relativa en los procesos cardíacos reumáticos, donde la participación del pericardio acentúa las alteraciones funcionales, pero que pueden ser de carácter transitorio, finalmente, el pronóstico severo que comporta su presencia en la fiebre tifoidea, y en los estados toxi-infecciosos graves, porque es indicio de una profunda miocarditis. (*Revista Médica del Uruguay*, 6 de Junio de 1919.)

2. Frecuencia de la tuberculosis latente en la segunda infancia.—El Dr. Juan P. Garrahan en unión de su interno D. Ladislao Zaola, han presentado al II Congreso Americano del niño (Mayo de 1919) este importante trabajo, en el cual estudian detalladamente los diversos procedimientos, así como el por ellos empleado, para descubrir dicha afección, llegando á establecer las siguientes conclusiones:

1.^a Nuestra investigación en 1.214 niños de segunda infancia, investigación practicada repitiendo las pruebas tuberculínicas hasta cuatro veces para afirmar la negatividad, nos permite decir que probablemente más de las tres cuartas partes de los niños de doce á quince años pertenecientes á la clase pobre de Buenos Aires, niños aparentemente sanos, son portadores de la infección tuberculosa.

2.^a Consideramos que nuestra técnica, similar á la indicada por Hamburger, revela un 30 por 100 más de reacciones positivas que la cutirreacción practicada una sola vez.

3.^a En los niños que han pasado toda ó la mayor parte de su vida en los asilos, la frecuencia de las reacciones po-

sitivas resulta menor en un 20 por 100 que la de los niños pobres que han vivido en sus casas.

4.^a Nuestros resultados no nos autorizan á afirmar que en Buenos Aires la frecuencia de la tuberculosis latente en el medio pobre, sea menor que en otras capitales. (*Revista Médica del Uruguay*, Junio de 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. La física del pecho, por J. Barr.—La física del pecho y sus relaciones á las enfermedades y lesiones de los órganos torácicos, forman el objeto del extenso artículo de Barr. Habla en el primer lugar de la presión intratorácica en la salud, revisando brevemente diferentes experimentos y trabajos clínicos realizados con objeto de mantener la presión intratorácica durante las operaciones del pecho y de los órganos que éste contiene. Después discute la física del hemotórax, pleuresía, atelectasia, reflejos del pulmón, el tratamiento del derrame pleurítico y el uso de medicamentos en la restauración de las funciones del pulmón lesionado. Un medicamento, la sal común, debería eliminarse, tanto como fuera posible, del régimen alimenticio, especialmente en los casos de pleuresía serofibrinosa, á causa de su alto valor osmótico. Cuando hay una gran cantidad de fibrina extravasada, como ocurre en la pleuresía neumocócica, pueden usarse agentes decalcificantes, tales como limones, ácido cítrico, citratos de amonio, potasio y sodio. Según él, es bueno reservar su uso hasta que haya pasado la fase aguda de la pulmonía concomitante, pues las sales son los medicamentos más importantes en el tratamiento de dicha enfermedad. Con objeto de precipitar la solución y absorción de la fibrina derramada, no hace objeción á la introducción de una pequeña cantidad de tripsina en la cavidad preural. La inyección de unas cuantas onzas de petrolato líquido esterilizado que tenga una densidad menor, pero mayor tensión superficial que el líquido lubricante, disminuye la propensión á formarse adherencias en la pleura. En el empiema el pulmón está más ó menos aplastado y en cualquier operación se debe tender á evitar un aplastamiento más marcado, y hacer que el pulmón se expanda para que arroje el líquido purulento fuera del pecho. El neumotórax, la hernia visceral en la cavidad torácica, el enfisema, el asma, la bronquitis, neumonía, influenza, difteria laríngea y el crup, las vegetaciones adenoideas, la tos ferina y mediastinitis, se tratan una por una en este artículo (*British Medical Journal*, Abril 19, 1919).

DERMATOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento del chancro blando y sus complicaciones, por el Dr. Gobián.—El autor ha obtenido un resultado muy favorable con un tratamiento nuevo que consiste en el empleo local del arseniato sódico. Por este procedimiento han sido tratados 198 enfermos sin registrarse ni un solo fracaso y durando el tiempo de hospitalización unos veinticinco días nada más. En casos de bubón conviene añadir éter á la solución acuosa de arseniato sódico destinada á ser inyectada. La técnica del tratamiento es la siguiente:

A) *Chancros blandos sin adenitis:*

- 1.^o Limpieza esmerada de las anfractuosidades mediante torundas empapadas en éter. No debe quedar pus en ellas.
- 2.^o Embadurnamiento de toda la superficie de los chancros mediante un pincel con la siguiente mezcla:

Arseniato sódico.....	1 gramo.
Alcohol de 95°.....	50 c. c.

Como el arseniato sódico es poco soluble en alcohol que-

da más en suspensión que en solución; antes de hacer uso del medicamento conviene agitarlo.

3.º Se hace evaporar el alcohol gracias á una corriente de aire, quedando depositada sobre las lesiones una ligera película de arseniato sódico que penetra hasta los resquicios más profundos.

4.º Segundo embadurnamiento seguido de nueva evaporación de igual manera que antes.

5.º Los chancros se cubren con un trozo de gasa aséptica. Generalmente se da una sesión por día; en los casos de chantero de la extremidad del prepucio y del frenillo se dan dos sesiones porque éstas lesiones tienen que ser forzosa-mente mojadas por la orina.

En el plazo de tres á cinco días, rara vez más, el chantero se encuentra transformado en una pequeña herida roja, lisa, con tendencia á la cicatrización. Sin embargo, los toques deben continuar aún por espacio de algunos días. Cuando de un día á otro no se produce pus y la epidermización se lleva á cabo de un modo normal, los toques de arseniato sódico se pueden sustituir por una aplicación de iodoformo ó salol previo lavado con éter.

B) Chancros con bubón:

1.º Si el bubón no está aún reblandecido, se inyectará en pleno ganglio 1 ó 2 c. c. (1 á 2 centigramos) de una solución acuosa de arseniato sódico al 1 por 100. Esta inyección se repetirá si es preciso cada dos días.

2.º Si el bubón está reblandecido y hay absceso, se vacía éste mediante un trocar de pequeño calibre, al cual, una vez terminado el vaciamiento, se imprimen movimientos de circunducción para destrozar las bridas que pudiera haber. Entonces, á través del mismo trocar se inyectan igualmente 1 ó 2 c. c. de la solución de arseniato de sosa al 1 por 100, á la cual se añade en el momento mismo de emplearla $\frac{1}{2}$ c. c. de éter, agitando fuertemente la mezcla en el interior de la jeringa.

El éter al ponerse en contacto con el cuerpo, dada la temperatura de éste, se evapora y distiende la cavidad, proyectando además el arseniato contra todos los resquicios. Si se pone mayor cantidad del $\frac{1}{2}$ c. c., la distensión resulta excesiva. La inyección se repetirá á diario ó cada dos días.

3.º Caso de bubón abierto con cavidad anfractuosa, se tratará como un chantero, limpiándolo con éter y embadurnándolo con la solución alcohólica de arseniato, cuya fórmula queda expuesta.

Si el bubón no se hubiese aún abierto, pero estuviese en inminente peligro de ello, se le incindirá ampliamente, pero la incisión será lineal. Se evacua el contenido del absceso y se hace la limpieza entonces. Si el fondo de la herida fuese muy anfractuoso, se quita la aguja de la jeringa y con el pico de ésta se inyecta la mezcla de 2 c. c. de solución acuosa de arseniato con $\frac{1}{2}$ c. c. de éter, manteniendo bien aplicados uno contra otro los labios de la herida.

C) Chancros subprepuiales con fimosis inflamatorio:

Cuando sean ó parezcan ser pocos los chancros, se los tratará igual que si estuviesen al descubierto mediante torunditas de algodón empapadas en éter primero y en la solución alcohólica después. Los toques se repetirán dos ó tres veces al día.

Si los chancros son numerosos ó si hay tendencia al fagadenismo ó á la gangrena, se practicará sin titubear una circuncisión ó una incisión dorsal del prepucio para poderlos tratar como chancros descubiertos.

La circuncisión ha prestado también grandes servicios en los casos de chancros múltiples en corona en el borde del prepucio y en aquellos en que existía fimosis congénito. Aunque las incisiones de la piel y de la mucosa se deben prac-

ticar todo lo lejos posible de los chancros y aunque al terminar la operación se embadurna la herida con arseniato sódico, sucede á menudo que sobre ella aparecen nuevos chancros; esta complicación carece de importancia y no significa más sino que tener que hacer el tratamiento de los chancros simples (*Le Médecin français*, 15 de Julio de 1919.)

RADIOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Adenopatía tráqueo-bronquica en la segunda infancia. Investigación clínica y radiología.**—Los doctores J. P. Garrahan y O. Dastugue han estudiado 175 casos en el curso de un año y medio; niños de dos á catorce años que clasificaban como «débiles» ó «predispuestos á la bacilosis» así como los sospechosos de ser portadores de una adenopatía tráqueo-bronquica por sus síntomas físicos, no utilizando ningún caso en el que fuese evidente un proceso tuberculoso. Se anotaron los síntomas físicos torácicos (nulos en casi la mitad de los casos) y los resultados de radioscopias torácicas prolijas; se practicaron en todas las reacciones intradérmicas á la tuberculina, repetidas varias veces para afirmar la negatividad.

Exponen el resultado de sus investigaciones, detallan algunas observaciones y proyectan siete dispositivos de radiografías; una que muestra la sombra hilear normal, las demás son variedades de adenopatía, una de las cuales muy voluminosa no es tuberculosa ni de causa específica definida. Después insisten en que normalmente existe una sombra hilear que no hay que interpretar como patológica, que es necesaria la radiografía extrarrápida para hacer un estudio completo (el diagnóstico tuberculínico tiene gran importancia) y que los síntomas físicos son falaces é inseguros. Insisten en el hecho de que si bien la mayoría de las adenopatías tráqueo-bronquicas son tuberculosas, no lo son todas. Critican las opiniones de Auclair, Sgobibo y Barjon, que dan excesiva importancia patológica á las sombras ganglionares. *Si un niño es bien sano, las sombras ganglionares discretas no revelan condición patológica.*

Han observado cuadros que hacían sospechar una tuberculosis larvada (niños pálidos con hipertriosis, flacos, inapetentes, con tos, con «fiebres» y soplo en la columna dorsal) sin ganglios intratorácicos infartados (radioscopia) y con repetidas reacciones negativas á la tuberculina.

Critican la falta de fundamento de muchos diagnósticos de tuberculosis larvada y hacen resaltar la dificultad que existe para poder convencerse de que ciertos trastornos generales se vinculan (realmente) á la infección tuberculosa que se evidencie en el sujeto por la pantalla y la tuberculina. (*Semana Médica*, Buenos Aires, Mayo 22 de 1919.)

BIOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Métodos colorimétricos para la determinación del nitrógeno en la sangre y en la orina, por el Dr. Salvesen.**—El autor se ha cuidado de investigar la fidelidad de los métodos de Fulin-Denis para la determinación del nitrógeno total, amoníaco y urea en la orina y el nitrógeno no proteico en la sangre. Resulta que estos métodos merecen entera confianza, son muy rápidos y pueden realizarse en cualquier laboratorio por pequeño que sea. En cuanto á la determinación de la urea y del amoníaco son más seguros que ningún otro medio. (*Norsk Magazin for Laegevidenskab.*)

ELECTROLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Diatermia endouretral.**—El Dr. Roucayrol acaba de

publicar en el *Paris Médical* un artículo á propósito de un nuevo método de tratamiento de esta afección, fundado en el empleo de corrientes de alta frecuencia. Para lo cual se ha hecho construir por la casa Gaiffe un aparato especial.

En las uretritis agudas el autor menciona dos casos muy alentadores, pero no se atreve á emitir juicio definitivo por no ser número suficiente para acreditar un procedimiento terapéutico.

Menciona también 44 observaciones de uretritis crónicas, difíciles de dilatar y dolorosas. El síntoma dolor desapareció siempre desde la primera sesión. Los filamentos, tan resistentes siempre con los demás tratamientos, han desaparecido en unos al cabo de pocos días y en otros disminuyeron muchísimo. En estos últimos casos el autor vió con el uretroscopio una mucosa de coloración y aspecto normales, con algunas glándulas de Littre inflamadas, que bastó cauterizar con el gálvano. El tratamiento de prueba consecutivo ha sido siempre negativo.

En definitiva, desaparición inmediata del dolor así como de los filamentos, acción tónica sobre el estado general, comparable con la que producen las inyecciones de estroscina ó de cacodilato. ¿Qué indicaciones tiene este método? Cree el autor que el tratamiento de las uretritis crónicas debe empezar con la dilatación clásica. Pero será conveniente emplear la alta frecuencia en cuanto la curación tarde un poco (sensibilidad, esclerosis y litritis rebelde). La infiltración blanda desaparece rápidamente, como también la esclerosis, por más que ésta es algo más rebelde. La litritis tarda más en desaparecer, pero como las glándulas infectadas resaltan sobre la mucosa sana es fácil cauterizarlas con el gálvano.

Es de desear que el autor continúe sus estudios sobre este nuevo tratamiento que tantos beneficios puede reportar en tan temible dolencia.

OFTALMOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La llamada iritis reumática, por M. Folman.—Folman dice que es significativo que en 47 por 100 de sus noventa y siete casos de iritis reumática supuesta, hubiera historia de gonorrea, y probablemente esta proporción era mucho más alta en realidad. Esto hace pensar en las ventajas probables de la vacunación antigonocócica en el tratamiento de casos graves y recurrentes de iritis. (*Deutsche Med. Woch.*, Enero 16, 1919.)

UROLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La retención de los cloruros y de la urea en las nefritis de los niños, por el Dr. P. Nobecourt.—En los niños se encuentran iguales formas de nefropatías que en los adultos: nefritis albuminosas simples, nefritis hidropígenas ó clorurémicas y nefritis uremígenas ó nitrogenúricas; por último, hay nefritis combinadas.

Nefritis agudas. Es la forma albuminosa simple que suele aparecer después de enfermedades infecciosas ó en el curso de ellas. La eliminación de cloruros en este caso es completamente normal, sea cual fuere el régimen seguido. Lo mismo sucede con la urea. Estos enfermos no presentan edemas, y la administración de cloruros y de urea al interior no produce ni cloruremia ni nitrogenemia.

En la forma clorurémica ó hidropígena, la eliminación de los cloruros está francamente retardada. Hay edemas que son el síntoma más aparente de la enfermedad, y en pocos días se observan variaciones considerables de peso, así como de la cantidad de cloruros eliminados que no guarda

relación alguna con los ingeridos. Haciendo la prueba de los cloruros, es decir, administrando á diario cierta cantidad de sal, ésta no se elimina en cantidad suficiente y los edemas aumentan, pero no conviene prolongar esta prueba. En cambio la eliminación de la urea es completamente normal, y la cantidad contenida en la sangre, ó sea en el líquido céfalo-raquídeo, pues según Vidal y Froin los resultados son casi idénticos, hágase en una ó en el otro, no aumenta aunque el sujeto ingiera urea. Del estado de la permeabilidad renal para los cloruros no pueden sacarse deducciones de ningún género respecto á la gravedad de la nefritis, pues unas veces se restablece la permeabilidad desapareciendo la albúmina y la nefritis se cura ó persisten ambas manifestaciones, pasando la nefritis al estado crónico, ó bien el riñón vuelve á ser permeable para el cloruro de sodio, pero no en la proporción normal, sino que una dosis muy elevada de sal lleva consigo retención y producción de edemas.

La forma uremígena es muy rara; el autor sólo ha observado dos casos en los que la eliminación de cloruros era normal, en cambio estaba retardada la de la urea. Los casos que ha observado el autor presentaban el síndrome clínico de la nitrogenemia: torpeza, astenia, vómitos repetidos que se producían con la simple ingestión de agua ó de leche. En las formas combinadas, la retención clorurada es muy evidente y se comporta como en las formas clorurémicas; en cambio la eliminación de la urea, aunque retardada, lo está menos y permanece latente.

Las formas clorurémicas son más frecuentes que las nitrogenémicas; las combinadas también son muy frecuentes; las albuminosas simples son muy ligeras.

Nefritis subagudas y crónicas. Unas veces son consecutivas á las agudas, y otras se desarrollan insidiosamente; son crónicas desde un principio. La forma albuminosa simple es frecuente, apareciendo tras de púrpuras y procesos faríngeos, no presente fenómeno de retención alguno, ni de cloruros ni de urea. La forma clorurémica, que también es muy corriente, se acompaña de retención de cloruros. La impermeabilidad renal para la sal persiste unas veces hasta la muerte, otras cede durante algún espacio de tiempo para volver á aparecer en otro período. La permeabilidad en los períodos de mejoría puede restablecerse por completo ó quedar reducida. A veces, á pesar de administrar sal, no aparecen edemas, pero la dosificación de los cloruros en la orina pone de manifiesto que la eliminación no se verifica bien y que hay una cloruremia seca. No hay retención de urea. Las nefritis uremígenas son raras; el autor no ha visto ninguna. Las formas combinadas con retención de urea y de cloruros son también sumamente raras. La nitrogenemia es un accidente transitorio ó terminal.

La existencia ó la falta de tal ó cual retención no son fijas en cada caso, el pronóstico inmediato casi no puede fundarse en ellas; no obstante, la existencia de una retención muy marcado de una ó otra substancia hará temer los accidentes correspondientes. El pronóstico lejano será reservado si hay retención de cualquiera de las dos materias aunque sea sólo demostrable haciendo al enfermo ingerir sal ó urea. En cambio estas retenciones sirven admirablemente para el tratamiento. En las formas agudas albuminosas simples se dará dieta láctea, en las formas crónicas régimen mixto de clorurado. En las clorurémicas dieta hídrica, láctea ó con escasa cantidad de sal según la permeabilidad. En las formas nitrogenémicas, dieta hídrica y más tarde régimen hiponitrogenado. (*La Presse Médicale*, 23 de Junio de 1919.)

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

La función sanitaria es función 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.

Como nos lo temíamos y como siempre.—La ley de Sanidad.

Después de las infinitas dificultades del género chico, suscitadas por nuestros micropolíticos á la modesta pretensión de nuestro modesto Gobierno para obtener una fórmula económica según la cual le será dado vivir tres ó cuatro meses; después del infinito número de cabilleos y actitudes, que serían grotestas en su esencia como lo son en su apariencia, si no llevaran en sí el germen de la tragedia inevitable; después de pasar con desdeñoso olvido por encima de la Constitución del Estado, y no digamos si por encima del patriotismo y del buen sentido, las Cortes han suspendido sus sesiones, que no sus trabajos, y los diputados y senadores se han diseminado por playas, balnearios, dehesas y heredades. ¡Vayan con Dios los señores *representantes* del país y la Providencia les conceda en su descanso un momento de atención en que examinen concienzudamente lo que han hecho, de lo que sirven á su patria y lo que ésta puede esperar de ellos!

Volverán las aves parlamentarias en el otoño y cada una de ellas traerá, como fruto de sus meditaciones, alguna soflama resonante en que se marquen sus aspiraciones ambiciosas, algún discurso intencionado y transcendental en que se definan personalidades ó tendencias, algo, en fin, de lo que á nosotros menos nos importa, que es todo lo que interesa á la ambición impaciente y nunca satisfecha de una legión de 500 ó 600 españoles que perturban la tranquilidad y el porvenir de 18 ó 20 millones de compatriotas.

Volverán las cotorras, ya que no las golondrinas.

Ya sabemos que nada ó que muy poco hemos de conseguir con nuestras elegías y lamentaciones: el mal tiene muy difícil remedio, porque es enfermedad de incapacidad congénita, de incompreensión pertinaz, de verdadera vesania inconcebible. Ya sabemos que nuestra voz no será escuchada y, por lo tanto, que no seremos atendidos, siquiera sea lógico y elemental aquello á que aspiramos, es decir, a hacer patria, á vivir al unísono de los pueblos cultos, á administrar discretamente nuestro patriotis-

mo, á aprovechar las providenciales circunstancias que se nos brindan. Alguien nos oirá, que no son tan pocos los oídos á que llegamos, ni son tan sordos los corazones de la mayoría de los españoles, aunque lo parezcan hastiados por el espectáculo diario que les ofrecen sus habituales gobernantes de todos los matices.

Por su parte, ya lo han visto los médicos, y deben de ello tomar buena nota: una vez más han sido los únicos desatendidos y menospreciados. Las plantillas de los empleados civiles que encontraron manera de ser reformadas por Real decreto sin escrúpulos constitucionales, ni otras zarandajas, han sido consagradas por las Cortes; los aumentos de asignaciones al clero y á los maestros han sido solemnemente prometidos y también autorizados; el ejército tuvo sus reformas, que serán revisadas; sólo nosotros no logramos obtener, no ya una ventaja, sino ni siquiera una promesa, es más, ni siquiera una atención.

Ni siquiera una atención decimos, porque, presentadas en el Senado dos proposiciones de Ley y en el Congreso una relativas, no ya á mejoramientos de sueldos ni organizaciones burocráticas, sino á lo que puede llamarse medula y fundamento del problema de la salud pública y del acrecentamiento de la población, ni siquiera ha tenido el Gobierno y la mesa de la alta Cámara especialmente, la atención de procurar que fuesen nombradas las comisiones dictaminadoras relativas á ambas proposiciones, para que pudiesen preparar sus trabajos durante el período interparlamentario. Y esto ha ocurrido en una Cámara en la que se ha prorrogado una sesión sobre las de la otra, para dar lugar á *que explanase una interpelación un señor senador, que llevaba ya ocho ó diez días hablando sobre un mismo asunto*. Tiene razón el Gobierno, las mesas de las Cámaras y las Cámaras mismas: ¿No vamos tirando mal que bien con nuestra mortalidad afrentosa, nuestros médicos sin pagar y nuestra natalidad decreciente?

En cambio, ¿qué sería de España, de Europa y aún quién sabe si del sistema planetario, si el señor de Chapaprieta no hubiera llevado á cabo su heroica campaña sobre las actas de Valladolid y no hubiera explanado su interpelación?

Esto es lo que importa: que el Sr. S. ó el señor R... sean el senador ó el diputado por tal parte; lo demás, eso de que en España mueran al año unos cuantos miles más de personas de las que debían morir, nazcan otros cuantos miles menos de las que debieran nacer y la raza se extenué y aniquile fámélica y tuberculosa... esas son cosas de médicos, y á los señores políticos no se les antoja que la muerte puede llamar á sus puertas lo mismo que á las del resto de sus desventurados compatriotas y administrados.

Adelante, adelante *et rira plus qui rira le dernier* ó mejor dicho, todos lloraremos á la postre.

En otro lugar de nuestro número hallarán nuestros lectores el texto íntegro de los ruegos hechos en la Cámara de los Diputados por el Sr. Francos Rodríguez, relativos á la necesidad impuesta por el estado sanitario de España, de convertir en ley la Instrucción de Sanidad de 1904, y á la activación del expediente de indulto del médico del Pobo, doctor Alegre.

La desinteresada iniciativa del ilustre compañero, y el valor esencial de los fundamentos en que apoyó su primer ruego, unidos á la acertada comparación que al tratar de la condición de los médicos titulares hace con las clases sociales que hasta hoy se han llamado proletarias (maestros, clero rural, etc.), nos relevan de encomiar las brillantes y afortunadas frases con que se dirigió al señor ministro de la Gobernación, de la misma manera que los propósitos de éste, también inspirados en un modo de apreciar el problema, progresiva y próximamente, nos hacen esperar nuevamente en un movimiento definitivo hacia el fin que desde hace tantos años se viene persiguiendo por las clases médicas.

DECIO CARLAN

DOCUMENTO PARLAMENTARIO

(Del extracto oficial de la sesión celebrada en el Congreso el viernes 8 de Agosto de 1909.)

El Sr. Presidente: Tiene la palabra el Sr. Francos Rodríguez.

El Sr. Francos Rodríguez: Con la venia del señor presidente, voy á dirigir varios ruegos á los señores ministros de la Gobernación, de Gracia y Justicia y de Hacienda.

Dirigiéndome al señor ministro de la Gobernación, voy á tratar de un asunto que he de confesar interesa, en realidad, poco á los hombres políticos y, sin embargo, me parece el más transcendental, y si no el más transcendental, de una transcendencia igual á la del que mayor la tenga entre los asuntos que interesan á los españoles. Me refiero á la situación sanitaria de España.

Advertimos todos que para los problemas palpitantes de nuestro país se preparan soluciones. Todos advierten el lado

económico, el lado social, el lado jurídico de aquellas cuestiones que nos preocupan, y de los asuntos sanitarios apenas se habla. En el discurso de la Corona, al cual hemos de dar respuesta, incidentalmente se trata de los asuntos sanitarios, como si fuese ésta una cuestión baladí. En la última epidemia de gripe, ha perdido España 50.000 personas. No ha habido en ninguna de las batallas de la pasada guerra un desastre parecido. Y todo esto ¿por qué ocurre? Porque en España todo está organizado, ó todo está en situación propicia de organizarse, excepto la Sanidad. Los ministros de la Gobernación tienen muchas cosas en qué ocuparse, principalmente los asuntos políticos, y luego los sociales. Es verdad que las cuestiones sanitarias son también cuestiones sociales, pero por un aspecto determinado, por tener cierto carácter técnico, los ministros de la Gobernación no conceden á estas cuestiones sanitarias la acción, la atención, la energía que es precisa.

Pues bien, señor ministro de la Gobernación, yo ruego á S. S. que ponga su atención sobre este asunto; que cuando volvamos á reunirnos para tratar en vista de los presupuestos de las cuestiones que más nos importan, considere que ésta es esencialísima, y si no quiere, como hicieron otros antecesores suyos, preparar una ley de enfermedades evitables, si no quiere aceptar proyectos de carácter particular, como el de mi compañero Sr. Van Baumberghen, haga una cosa. Desde el año 1904 hay una Instrucción sanitaria. (El Sr. Ministro de la Gobernación: Va á venir el proyecto de ley, Sr. Francos Rodríguez.) Pues que se convierta en ley esa Instrucción sanitaria, que no tiene fuerza más que de decreto. No olvide el señor ministro de la Gobernación que hace diez ó doce años yo tuve el honor de contender con el Sr. Cierva, que ocupaba el Ministerio de la Gobernación, acerca del asunto. Me venció oratoriamente el Sr. Cierva, pero la realidad me ha dado á mí un triste triunfo. Su señoría, y acaso también el señor ministro de Estado, saben que á veces distintas naciones de Europa han pensado pedir que sus marineros no desembarquen al tocar en puertos españoles, por la situación sanitaria respecto de determinadas enfermedades que hay en nuestro país.

Y al tratar de la ley de Sanidad en la forma como el señor ministro de la Gobernación la quiera adoptar, yo le ruego que se ocupe de los médicos titulares. Porque, lo habréis visto; todas las manifestaciones del Estado tienen asegurada en absoluto su vida, la iglesia, la enseñanza, las oficinas, ó el aspecto burocrático de la Administración pública; todo está asegurado, inamovilidad, sueldos, etc., todo perfectamente definido, menos los médicos titulares. Yo ruego al señor ministro de la Gobernación que traiga resuelto el asunto de los médicos titulares, porque no puede continuar el estado actual de que haya médicos titulares con retribuciones de 500 y de 600 pesetas al año, y además que muchos de ellos no perciban su asignación. Los maestros se redimieron pasando de los Ayuntamientos al Estado; los médicos titulares tienen que redimirse de la misma manera.

Y puesto que hablo de médicos titulares, paso el ruego al señor ministro de Gracia y Justicia. Yo le suplico que active el expediente de indulto del médico de El Pobo; es un hombre que cometió un delito, pero circunstancias especiales, ligadas á esa misma situación de miseria en que se encuentra el proletariado de la clase médica, le indujeron á cometer el crimen; ha purgado de una manera completa el delito que cometió, y se incoó un expediente para indultarle. Yo pido al señor ministro de Gracia y Justicia que influya cuanto esté en su mano para que el indulto se logre. Lo pide toda la clase médica española. Posiblemente la clase médica española no tendrá la fuerza que otros elementos

sociales para conseguir, con una facilidad maravillosa, la gracia de indulto para otras personas.

El señor ministro de la *Gobernación* (Burgos): Pido la palabra.

El Sr. *Presidente*: La tiene V. S.

El señor ministro de la *Gobernación* (Burgos): Yo no sé, Sr. Francos Rodríguez, mi querido amigo, si son muchos los hombres políticos que se ocupan en estas cuestiones sanitarias; lo que sí puedo decir á S. S. es que el modesto ministro de la *Gobernación* actual, desde el instante en que llegó á este departamento ha tenido dos verdaderas obsesiones: una la cuestión sanitaria, otra la cuestión social, dejando todo el aspecto puramente político relegado á un lugar secundario. He notado desde el primer momento las grandes deficiencias del servicio sanitario en nuestro país, la falta de edificios, de lazaretos, de leproserías y de material sanitario, la falta de satisfacción suficiente en el noble Cuerpo de médicos por no estar atendidos como están otros Cuerpos del Estado y la necesidad de dar un carácter permanente y firme á la Institución de Sanidad, procurando al mismo tiempo admitir é incorporar á ella todos los progresos y adelantos que la ciencia en estos últimos tiempos ha venido á poner ante nuestros ojos. Por eso antes de que pudiera venir la iniciativa y el consejo, que yo admito y que para mí es valiosísimo, de los señores diputados, he tratado tanto con el señor inspector general de Sanidad como con otros dignísimos individuos pertenecientes al Cuerpo médico, de ver cómo podemos llegar cuanto antes á arbitrar los recursos necesarios para atender á esta necesidad pública de la higiene.

Claro es que todo aquello que afecta á la vida del hombre á darle vigor y energía, es un elemento social, porque no hay valor ni fuerza social superior al valor y á la fuerza social que representa el hombre; por consiguiente, no sólo por el deber que tenemos de humanidad de procurar atender á la vida y al vigor físico de la raza, sino porque el hombre es el principal factor, lo que constituye la verdadera célula social, hemos de atender con toda preferencia á las cuestiones de higiene, y me propongo, Sr. Francos Rodríguez, estudiar este asunto, durante los días que podamos tener de vacaciones parlamentarias, no ministeriales, para traer en el momento en que se abran las Cortes, traducida á proyecto de ley, con las modificaciones necesarias, lo que es hoy Instrucción de Sanidad, puesta en vigor por Real decreto, y, además, atender en la medida de los recursos de que disponga el Ministro á todas esas otras necesidades á que ha hecho referencia tan elocuente S. S. en la tarde de hoy.

El Sr. Ministro de *Gracia y Justicia* (Amat): Pido la palabra.

El Sr. *Presidente*: La tiene V. S.

El Sr. Ministro de *Gracia y Justicia* (Amat): Aseguro al Sr. Francos Rodríguez que su voz no clama en el desierto. Su elocuente alegación en favor del indulto del médico de El Pobo, la he recogido con todo afecto, y doy á S. S. la seguridad de que, al estudiar el expediente, tendré muy presente los deseos que en nombre de toda la clase médica acaba de expresarme.

El Sr. *Francos Rodríguez*: Pido la palabra.

El Sr. *Presidente*: La tiene V. S. para rectificar.

El Sr. *Francos Rodríguez*: Para dar las gracias á los señores ministros de la *Gobernación* y de *Gracia y Justicia* y hacer constar una cosa: si el señor ministro de la *Gobernación* trae convertida en proyecto de ley la Instrucción sanitaria y en ella no se altera ninguno de los artículos que se refieren á la Inspección municipal y se la dota convenientemente, se habrá resuelto el problema. Nuevas amplitudes darán mayor

esplendor á la reforma; pero ésta quedará definitivamente consolidada. Felicito al señor ministro de la *Gobernación* por los propósitos que ha expuesto.

“YATROFOBIA,, CATALANISTA

POR EL

DOCTOR ALBIÑANA

No extrañe á nadie la palabreja.—De *iatros*, médico, y *fobos*, terminación harto conocida de nuestra clase, familiarizada con este término griego, por tropezar con ella en la designación de gran número de síntomas, relacionados, sobre todo, con anormalidades mentales.—

Horror al médico es lo que pretendo expresar con tan caprichoso vocablo; y ampliando el concepto, oposición que los parlamentarios catalanistas hacen sistemáticamente á las pretensiones formuladas para el mejoramiento médico.

Los médicos españoles hemos tenido en la minoría parlamentaria regionalista, y más concretamente en su caudillo Cambó, un enemigo absurdo de nuestras aspiraciones libertadoras. Cuantas veces se ha planteado en la Cámara alguna cuestión favorable á la independencia del médico rural, ha surgido, enroscada y antipática, la famélica silueta del Sr. Cambó, con su perfil judío y su garra de loro; el paladín regionalista no quiere que el médico se emancipe, pues con su liberación, no podrían los señores *llicueros* mangonear sus distritos; hay que amarrar á los médicos al carro del caciquismo, y nadie como Cambó y sus secuaces cumplen y hacen cumplir este mandato inquisitorial que impone el despotismo político.

Si prevaleciera el criterio absorbente del catalanismo dominador, la penosa condición actual del médico de partido se agravaría considerablemente; díganlo, si no, las amargas quejas de los compañeros que ejercen en los distritos sometidos á la tiranía de la «Lliga».

De todos ellos salen voces de protesta contra la fétida local; ni siquiera los propios médicos regionalistas de buena fe son respetados en su derecho, cuando su atropello conviene al interés de cualquier caciquillo rural.

Por eso, cuanto tienda á disminuir el poderío de estas fuerzas burguesas y egoístas es recibido con agrado por los médicos rurales; y el batacazo que el regionalismo camboniano ha sufrido con estos últimos sucesos sindicalistas, es de los que anulan á un partido, llevándole al más sangriento ridículo.

Esta anulación hacía muchísima falta; ella ha convencido á España de que las alharacas separatistas no tienen más eficacia nacional que una sardana bailada en *Turó Park*; la mafeza del parlamentarismo catalán ha desaparecido, humillada por la viril y arrolladora acción sindicalista.

Todos recordamos las bravatas de Cambó y su minoría en el Parlamento; primeramente, la retirada; después, las asambleas facciosas y amenazadoras celebradas en Barcelona contra el combatido Poder central; más tarde, las conminaciones terminantes para aprobar el

famoso Estatuto de la Mancomunidad, caricatura grotesca de una constitución política, que patentiza bien claramente la inferioridad mental y gobernante de sus autores.

Hemos vivido días de inquietud ante las bravatas pseudocatalanistas: «Si el día tantos de tal mes, y á tal hora, no se nos ha concedido la autonomía, los representantes de Cataluña traeremos la revolución y se producirá una formidable guerra civil.»

Así decían Cambó y sus amigos, desde la Rambla de Canaletas; pero llegaba el día fijado por la amenazadora minoría; la autonomía no era concedida, y... la revolución no parecía por parte alguna. Barcelona vivía tranquila, ajena á las ansias dominadoras de unos cuantos muñidores electorales. Los parlamentarios de Cambó, tan furiosos y exigentes, se limitaron á nombrar una comisión.

Nuevas amenazas, nuevo plazo, nueva negativa de autonomía y... nuevo nombramiento de comisión.

La opinión asistía, inquieta, á esta danza nacionalista, llegando á dudar de su alcance y no atreviéndose á vaticinar el resultado. ¿Será verdadera y positiva la fuerza tan aparatosamente desplegada? ¿Se hundirán las esferas si á los industriales de la Lliga se les niega la posesión del caciquismo catalán?

Y mientras tanto la minoría separatista no cesaba de agitarse y de hacer creer que el antiguo Principado se desgajaría de la patria española si no se contentaba á Puig y Cadafalch. ¡Todos estaban unidos! Cataluña entera no era sino un solo ciudadano que hablaba por labios del Sr. Cambó. Así lo pregonaban, desde el Tibidabo, á los cuatro vientos.

El juego resultaba divertido y pintoresco.

Pero el estado social empeora; la vida se hace imposible; los sindicalistas, deseosos de mejoramiento social, se lanzan á la calle, promoviendo una huelga general, sabiamente organizada.

Lo mismo fué asomar la cabeza el sindicalismo que desaparecer los vocingleros parlamentarios separatistas; á nadie se veía por ninguna parte; todo aquello de la *personalitat* catalana y de la *generalitat*, fué relegado á último término, y Cataluña, la verdadera y espléndida Cataluña, cuya absoluta y total representación fingían ostentar Cambó y sus corifeos, olvidóse por completo de las alharacas de éstos, dedicando su atención al grave problema planteado por los sindicalistas.

¡Ese sí que es problema para Cataluña y no las mogigangas representadas por Cambó!

Cuando algún diputado *cambonífero* pretenda resucitar el pleito separatista en nombre de Cataluña, las risas habrán de oírse en toda la nación; en la región catalana, como en el resto de España, no hay más problema serio que el de orden económico, determinado por la carestía de la vida; y ese es el planteado por el sindicalismo que, con su aparición fulminante, ha anulado la farsa separatista.

Hoy que esas fuerzas regionalistas vuelven á un Parlamento nuevo mermadas, abatidas, sin prestigio ni autoridad, ya no constituyen un peligro para nadie, y,

por consiguiente, para los médicos; con las garras recordadas por Pestaña y los dientes limados por el *Noy del Sucre*, esas minorías fugitivas y escondidas en los días de agitación sindicalista, no tendrán fuerza ni autoridad para oponerse al avance reivindicador de cualquier clase social.

La aversión que los catalanistas de la *Lliga* sienten hacia nuestro mejoramiento profesional, no se limita á los médicos *españoles*, entendiéndolo por tales, como ellos afirman, los que residen fuera del Principado, sino que alcanza á los propios médicos catalanes. Ahí está, viviente y doliente, el ejemplo del doctor Jaime Ferrán, gloria de la Medicina española, y por ende, de la catalana; es imposible describir el calvario que la dichosa *Mancomunitat* le ha hecho pasar, tratando de mermar su prestigio y dificultando su asombrosa labor científica. Algo así como la persecución que el *Institut d'Estudis Catalans* emprendió contra mi ilustre amigo el padre Alcober, obstaculizando la publicación de su asombroso *Diccionari de la llengua catalana*, monumental trabajo cuyas 800.000 papeletas he visto catalogadas y guardadas en su apacible residencia canongial de Palma de Mallorca.

El caso de Ferrán es singularísimo: mientras todos los médicos españoles le admiramos y reverenciamos, diputándole por uno de nuestros más sabios maestros, son sus propios *compañeros* de regionalismo los que le molestan y maltratan. ¡Si él hablara, cuántas cosas gordas podrían coleccionarse para la crónica negra del separatismo catalán!

Nada de ello nos interesa desde el punto de vista político, porque cada cual es dueño de profesar las ideas que más le gusten. Sólo recogemos lo que nos afecta en el orden profesional, para concluir afirmando que la absurda oposición catalanista al mejoramiento médico, ni se funda en ningún móvil honorable, ni tiene más explicación que el afán de mantener al galeno catalán sujeto y ahogado, para el mejor servicio del caciquismo regional.

Y para esto, francamente, no vale la pena de modificar el actual régimen, sustituyéndolo por la sobada panacea autonomista.

HUERFANOS DE MEDICOS

Entre los numerosos escritos que últimamente vienen publicándose en los boletines de Colegios provinciales y casi todos los periódicos médicos, que encauzan ya la opinión, como era de esperar, en favor de esta benéfica Institución, leemos con complacencia y nos honramos en reproducirle el siguiente artículo del *Boletín del Colegio de Médicos de Gerona*, que firma su presidente, el ilustre médico de aquella capital Sr. D. José Pascual:

PARA LOS HUÉRFANOS DE MÉDICOS

Publicamos a continuación noticias referentes al funcionamiento del Colegio para huérfanos de médicos; su lectura contribuirá tal vez á destruir prejuicios que explicarían el por qué los médicos de esta provincia ocupamos el penúltimo

mo lugar entre los que han facilitado fondos para el sostenimiento de una Institución que beneficia á los desamparados hijos de compañeros.

Con solo un algo de buena voluntad, la obra de los Colegios para huérfanos tendría vida próspera y podrían crearse similares, ya que el sacrificio que se nos exige es bien poco, el deber de avalar con un sello los certificados que expedimos á solicitud de los clientes y un donativo, llamado limosna si queréis (ya volveremos sobre ello), cada vez que libramos una papeleta de defunción de una persona no pobre.

Con sólo tales medios, los 340 médicos de la provincia de Vizcaya que asisten una población de 352.000 habitantes, recaudaron 12.500 pesetas; si en las demás provincias se recaudara proporcionalmente otro tanto, obtendríamos recursos suficientes para sostener á 600 pensionistas, que podrían ser admitidos en Colegios similares al del Príncipe Alfonso, radicando cada uno en distinta región, al efecto de hacer más familiar la convivencia de los acogidos.

Con toda seguridad, si los iniciadores de la creación del Colegio para huérfanos de médicos, al arbitrar recursos para el sostenimiento del mismo, hubiesen recurrido á la imposición de un tanto por ciento sobre utilidades que reporta al médico el ejercicio de su profesión, poco ó nada se habría recaudado. El médico no viene obligado á llevar libros de contabilidad, hay que creerlos bajo su palabra, y si los consultáis, los poderosos os dirán que su rango les obliga á gastar lo que ganan, los de menos categoría os asegurarán que sólo ganan para vivir modestamente, los de la masa os demostrarán con su contabilidad casera que no alcanzan á cubrir sus necesidades, y esos desgraciados que sirven á sueldo de los Ayuntamientos os demostrarán la realidad de un déficit que les obliga á una irritante sujeción.

Sobre utilidades nada puede fundarse, ved si no lo que ocurre con la adquisición de las patentes, habiendo donde escoger entre las treinta y una clases que hay de ellas, desde las de 1.040 pesetas (con los recargos) para los primates de Madrid, 903 para los de Barcelona, hasta la de 30 pesetas que corresponden á médicos que ejercen en poblaciones de menos de 2.300 habitantes; por ello el fisco ha tenido que imponer condiciones que, si resultan onerosas en algunos casos, son necesarias, ya que de fiar á la *adquisición voluntaria por cada médico un arreglo á sus utilidades profesionales* tal como reza el art. 10 del Real decreto que las estableció, la recaudación resulta un fracaso. Sabido es que todos hallan sobrado recargada la que se les señala, y no se ha dado el caso que haya quien voluntariamente se preste á aumentar su cuota para rebajar la de un compañero; siendo en algunas provincias un elemento de discordia el repartimiento del déficit que ha de cubrirse anualmente.

Desconfiando de una recaudación á base de las utilidades, hubo de pensar en un impuesto indirecto, el de los sellos, y según los datos publicados (1), ha resultado muy desigual la recaudación, abundosa en unas provincias, muy modesta en otras. Por somero que sea el análisis que hagamos sobre las cifras que van estampadas en la tabla de lo recaudado en cada provincia, tendremos la evidencia de que si se normaliza la aplicación de los sellos, habrá recursos bastantes para asegurar el hogar y asistencia de los huérfanos.

Por lo que á nuestra provincia se refiere vamos á expresar sinceramente nuestra opinión personal sobre las causas

(1) Véase el estado publicado en la página 82 de este Boletín, número correspondiente á Mayo último.

que han podido motivar la parsimonia en la aplicación de los sellos.

Tocante á los que han de aplicarse á las certificaciones libradas á instancia de parte, la demora en utilizarlos es debida en algunos al deseo de cultivar la clientela, ello hace que al entregar el certificado que se solicita del médico, éste le diga: otros le pondrían un timbre del Colegio, pero yo se lo ahorro á usted. Mentido favor, pues el médico que tal dice le consta que, el documento que ha librado no surtirá efecto en muchos centros burocráticos sin el timbre de referencia, obligando al cliente á que tenga que proporcionárselo por otro conducto; verdad es que en tal caso lo que tienen de molesto la exacción del sello ha sido endosado á tercera persona.

Otra causa es la condescendencia de ciertas oficinas en admitir certificaciones sin el timbre del Colegio; podemos señalar el caso de dos Centros homónimos y dedicados á funciones docentes, de los cuales uno ha obligado á utilizar más de un centenar de sellos, mientras que el otro ha prescindido por completo de tal formalidad.

Son varios los médicos que si les reprocháis el por qué dejan de utilizar las pólizas, alegan una crasa ignorancia de lo ordenado, y tan debe ser así, que extienden certificaciones en papel de todos tamaños y clases y para aseverar las más diversas circunstancias.

Por lo que se refiere á los sellos que deben colocarse en los certificados de defunción de personas no pobres, y dicho sea de paso que, si bien está repetidamente mandado por la Superioridad, son muy pocos los Jueces municipales que exigen tal requisito, dado el exiguo número de sellos expendidos en esta provincia, puede achacarse en primer término á la inveterada costumbre de no cumplir lo que está mandado; la socorrida y muy española frase: la ley está mal hecha, no hay que cumplirla, ha tenido general aplicación.

Algunos, estimulando el sello como un tributo impuesto al médico, arguyen para eludir su aplicación, el que si los consultores, los especialistas, los operadores, esto es, los que mejores gajes sacan de los enfermos, no vienen obligados á imponer el sello y sólo el de cabecera tiene que correr con tal socialifa se cree relevado de dicha obligación; considerado bajo este aspecto, tal vez les asista la razón, pero si consideran que no hay que pensar en impuestos sobre utilidades, ni descuentos en notas de honorarios, ya que éstas solo en los casos que por ser impugnadas van á los tribunales de Justicia se conoce su cuantía, ni fundar cálculos sobre igualatorios ni número de visitas, pudo pensarse en que la única estadística verdad que dan los médicos era el de las defunciones que certifican, y aun estas son exactas en cuanto al número y un tanto arbitrarias en cuanto á las causas del fallecimiento, y si además se prescinde del concepto de impuesto, considerando la aplicación del sello como una dádiva, en todo tiempo será fácil, con solo ver el Registro Civil de la localidad en que ejerce el médico, saber si éste anduvo remiso en procurar el aumento del acervo que ha de servir para socorro de los huérfanos, convendréis conmigo que la imposición del sello en los certificados de defunciones debemos fomentarlo, y si aquellos médicos que por su modo de ejercer no tienen que firmar papeletas de defunción, adquieran un número de sellos para inutilizarlos, será un donativo que tendremos que agradecerles.

Si á lo dicho se añade que la norma establecida para la admisión de acogidos desvanece todo recelo de centralismo absorbente y la acción de un nepotismo funesto, los médicos de la actual generación habremos fundado una Institución provechosa.

No dudamos que en el ejercicio próximo la cantidad que

recaude el Colegio de médicos de la provincia de Gerona estará en proporción suficiente para borrarlos el dictado de... remisos en acudir al alivio de los huérfanos. Os conozco de sobra y sé cuán poco ha de costaros demostrar de hoy en adelante vuestro interés en sostener una obra benéfica.— *J. Pascual.*

Hay que advertir que a este Colegio de Gerona y al Sr. Pascual, su Presidente, le ha mencionado alguno de los caritativos colegas que hicieron la triste campaña de oposición al Colegio, como adversarios de él.

¡Así se escribe la historia, cuando se escribe con atrabili!

D. MANUEL RUIGÓMEZ VELASCO

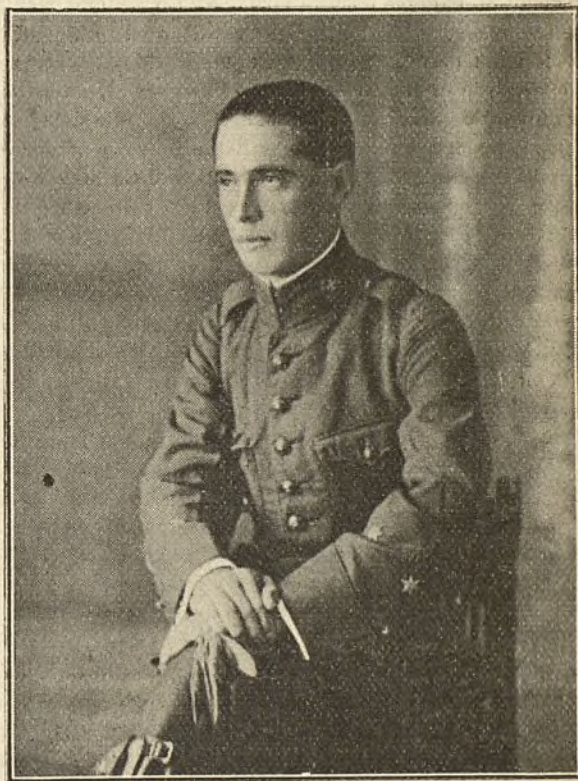
Hace algunas tardes nos introdujeron en el Senado una tarjeta que contenía el nombre que sirve de epígrafe á estas líneas. Despertó su lectura en nosotros la aún reciente impresión de la hazaña llevada á cabo en la última importante acción contra los moros por nuestro valeroso compañero, y salimos inmediatamente á recibirle. Nos encontramos con un joven, casi un niño, de franca y jovial expresión, de modesto continente y de correctísimo y afable trato.

Movíale á visitarnos el deseo de expresar su agradecimiento por la mención sobria y equitativa que habíamos dedicado á su heroico comportamiento, mención que él calificaba, tímidamente, de encomiástica en demasía: «Pues él no había hecho, fueron sus palabras, más que cumplir con su deber, como cualquier otro médico español hubiese hecho, movido por impulsos humanitarios y éticos, de que él mismo no se dió cuenta hasta que los testigos de la acción le colmaron de plácemes y de alabanzas».

Le rogamos que él mismo nos refiriera el hecho y lo hizo con una sencillez tal, que nos produjo más honda emoción de la que pudiera habernos producido un relato en términos gramáticos y altisonantes. Fué adonde le dijeron que había heridos... las balas llovían allí... pero... había heridos y no era cosa de dejarlos. Un oficial pedía auxilio, fué á curarle, recomendando al pobre sanitario que le ayudaba, que no se irguiese, pues le matarían con certeza; el muchacho, molestado por la violencia de la postura, levantó la cabeza é instantáneamente cayó muerto de un balazo; entonces Ruigómez cogió al oficial... no era cosa de dejarle allí, y le condujo á la posición más inmediata, recibiendo aún el pobre herido dos balazos más, uno de los cuales le fracturó un brazo; llegaron á la posición á través del granizado de balas... y esto fué todo.

Ruigómez es la expresión de lo que uno y otro día venimos proclamando con orgullo, sin que nadie pueda desmentirlo: Las demostraciones del sentimiento del honor, de la idea del deber y de la resolución abnegada, se dán en España con mayor frecuencia que en ninguna otra patria y entre las clases sociales en la médica

como en la que más. Cuando á la condición de médico se agrega y sobrepone el pundonor militar, el espíritu de disciplina y de patriotismo de nuestro ejército, no es maravilla que se repitan los actos heroicos como el del señor Ruigómez y como los de tantos otros, que muchas veces hemos enumerado y que se han hecho acreedores á la codiciada distinción que representa la Cruz laureada de San Fernando, que es de esperar que muy pronto se ostente sobre el pecho de nuestro bizarro compañero. Aún hay España, aun cuando no lo parezca cuando se leen los extractos de las sesiones de Cortes. Aún hay espíritu de abnegación y caridad médica, aunque no lo parezca cuando se leen ciertos periódicos profesionales, según aseguran los que los leen.



La historia de nuestra joven héroe es sencilla y aun vulgar, según dedujimos de los datos con que contábamos á nuestras preguntas:

Nació en Villasana de Mena, en Septiembre de 1889, haciéndose bachiller en Burgos en 1907. Empezó en seguida la carrera de Medicina en Madrid, siendo alumno interno en el Hospital general en la Clínica del doctor Huertas, se hizo licenciado en 1914, en el 15 se doctoró y en el mismo año ingresó por oposición en Sanidad Militar. Su primer destino fué en 1916 al Regimiento de Andalucía, en Santoña, y en Noviembre de igual año al Regimiento de Ceuta, donde estuvo hasta Septiembre del 18 que fué destinado al grupo de Fuerzas Regulares de Ceuta, donde prestaba sus servicios en la actualidad; últimamente ha sido destinado á la 1.ª Comandancia de tropas del Cuerpo.

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO
Laboratorio Gamir, VALENCIA. — J. Gayoso, MADRID

Tales son los antecedentes sencillos que el Sr. Ruigómez nos proporcionó. Esperamos poder añadir muy pronto a ellos: fué condecorado en 1919 con la Cruz laureada de San Fernando, mediante juicio contradictorio, por los heroicos hechos por él realizados en la acción de Wad-Ras del mismo año.

C. M. C.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

EXPOSICIÓN

Señor: Las oposiciones que se acaban de verificar para la provisión de cinco plazas vacantes de inspectores provinciales de Sanidad fueron convocadas en Mayo del año pasado. En vista de no haberse inscrito más que 11 opositores y el largo tiempo transcurrido sin poderse verificar las oposiciones por la epidemia pasada de gripe, en el mes de Mayo del corriente año se abrió de nuevo el plazo de inscripción, aumentando el número de opositores hasta 21. De ellos, sólo siete han verificado las oposiciones y todos han sido suspendidos en el primer ejercicio. Esto, unido a la experiencia sacada de las anteriores oposiciones, demuestra bien claramente que el art. 48 de la Instrucción general de Sanidad, que regula la provisión de las plazas de inspectores provinciales, no se adapta a las necesidades de la realidad.

En primer lugar exige ocho años de ejercicio profesional para tomar parte en dichas oposiciones, y esta limitación, que parecía tener por objeto el que dichos funcionarios tuvieran una práctica profesional apropiada para el ejercicio de su función, constituye un obstáculo de gran consideración para que los individuos mejor preparados y más prácticos tomen parte en ella, ya que después de ocho años de especializar su actividad en una de las múltiples ramas de la Medicina, la orientación de los conocimientos y los beneficios sociales y económicos conseguidos, hacen que raramente los mejor preparados quieran cambiar de rumbo.

Por otra parte, la escasa dotación de estos funcionarios ofrecía un porvenir poco halagüeño, y aunque, afortunadamente, esta retribución ha sido mejorada en virtud de la adaptación de la ley de funcionarios al personal facultativo, y todavía mejorará más cuando, en una nueva ley de Presupuestos, se concedan las plantillas definitivas, no llega a constituir una remuneración adecuada para un personal con ocho años de ejercicio.

La experiencia ha demostrado igualmente la conveniencia de reforzar los conocimientos de los inspectores en el diagnóstico clínico de las infecciones y la necesidad de limitar el número de jueces que han de constituir el Tribunal.

A fin de subsanar estos defectos, el Ministro que suscribe tiene la honra de someter a la aprobación de V. M. el siguiente proyecto de Decreto.

Madrid, 6 de Agosto de 1919.—Señor: A L. R. P. de V. M.,
Manuel de Burgos y Mazo.

REAL DECRETO

De acuerdo con Mi Consejo de Ministros y a propuesta del de la Gobernación,

Vengo en decretar lo siguiente:

Se modifica el art. 48 de la Instrucción general de Sanidad en la siguiente forma:

Art. 48. Los inspectores provinciales serán nombrados

mediante oposición pública directa, a la cual no serán admitidos sino los doctores en Medicina y Cirugía.

El programa de las oposiciones será redactado por la Inspección general de Sanidad, y abarcará la prueba de todos los conocimientos teóricos y prácticos de su facultad que atañen al Ministerio del cargo. Las oposiciones se verificarán en Madrid ante un Tribunal formado por un consejero del Real de Sanidad, un académico de la Real de Medicina y dos inspectores provinciales, presidido por el inspector general de Sanidad.

Dado en Palacio a 6 de Agosto de 1919.—ALFONSO.—El ministro de la Gobernación, *Manuel de Burgos y Mazo.*

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,6; id. mínima, 706,9; temperatura máxima, 35°,3; id. mínima, 17°,1; vientos dominantes, N, NNE. y SE.

Los calores violentos y sostenidos que han dominado durante la semana han contribuido a acentuar los padecimientos gástricos intestinales que se venían presentando, contribuyendo a ello la ingestión indebida de bebidas heladas en momentos inconvenientes. Las enterocolitis y los cólicos por indigestión han sido frecuentes; siguen presentándose algunas infecciones febriles de origen intestinal.

En los niños continúan observándose enterocolitis por régimen alimenticio mal dirigido, sobre todo en la época del destete, y coincidiendo con el período de dentición.

Crónicas.

ESPAÑA

La mortalidad en Barcelona.—Ha sido publicada recientemente la estadística de las defunciones ocurridas en Barcelona durante el mes de Julio, que arroja las siguientes cifras: Tifus, 25; viruela, 28; sarampión, 2; gripe, 1; sífilis, 6; cáncer, 66, y tuberculosis, 134.

En total, 241.

El distrito que dió más contingente de mortalidad, fué el séptimo municipal, que comprende las barriadas de Pueblo Nuevo, Sans y Hostafranchs.

Contra el tifus exantemático.—La *Gaceta* publica una circular del director de Administración local a los gobernadores civiles, que dice así:

«Siendo necesario combatir rápida y eficazmente los casos de tifus exantemáticos presentados recientemente en algunas localidades y evitar su difusión; y estando comprobado que el principal vehículo de propagación de la enfermedad lo constituyen los parásitos y que una de las primeras medidas que deben adoptarse es la destrucción de ellos por cuantos medios sean posibles, toda vez que si ingresan en los Hospitales ó Asilos individuos portadores de dichos gérmenes, sin haber sido antes saneados, infectarían a los demás acogidos y al personal encargado de su asistencia, propagando el mal que se trata de combatir,

Esta Dirección general ha dispuesto que por V. S. se dicten con toda urgencia las órdenes oportunas para que por los directores de todos los Hospitales, Asilos y demás Establecimientos análogos, sean provinciales, municipales ó de Beneficencia particular, se proceda con toda escrupulosidad al despojamiento de los acogidos antes de darles ingreso.»

La Inspección general de Sanidad, por su parte, ha enviado a los gobernadores de las provincias marítimas y fronterizas la siguiente circular:

«En atención a las excepcionales circunstancias sanitarias que concurren en el reino de Italia, así como en Argelia, con motivo de la epidemia de tifus exantemático que existe en dichos territorios, y en cumplimiento de lo que determina la Real orden de 22 de Noviembre de 1886, en su regla 5.ª,

Esta Inspección general ha tenido por conveniente pro-

TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York

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

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

hibir la importación de trapos viejos procedentes de Italia y de Argelia.

Oposiciones á plazas de internos de la Facultad de Medicina.—El nuevo cuestionario para los ejercicios de oposición á las plazas de alumnos internos del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, estará expuesto al público todos los días laborables, de diez á doce de la mañana, en el Decanato de dicha Facultad.

Premios de un Congreso.—Con toda solemnidad se ha celebrado el día 10 en Barcelona, el acto de entregar los premios concedidos por el Jurado del III Congreso de Medicina é Higiene á los Dres. D. Francisco Sagrañés, académico de la de Medicina, y D. Juan Riera Baquer, director del Instituto Fisioterápico.

El Sr. Pi y Suñer les hizo entrega de una placa de plata y de un diploma.

Hablaron luego los Dres. Sabater y Calesas; el Sr. Riera en nombre propio y en el de su compañero agradeció la distinción de que eran objeto.

Al acto asistió numeroso y distinguido público.

Así, así... siempre errando.—Leemos que los proveedores de carnes se elevan en súplica de que les permitan subir el precio de tan preciado artículo *en vista del aumento que tiene la exportación al extranjero*. Lo mismo piden los aceiteros y entre tanto: ¿qué pide el consumidor? Porque lo natural sería que si un precio aumenta por exceso de exportación se prohibiera ésta para que el precio bajara y se fomentara la importación de carnes argentinas, para que bajara aún más y las gentes pudieran comer. Pero no, según la extraña lógica de nuestros negociantes é intermediarios, lo que debe hacerse es aumentar el precio, seguir consintiendo la exportación y entretanto que el consumidor restrinja el consumo y se muera de hambre aguda ó crónica. Pero ¿no habrá quien hiciera una edición económica y aun gratuita de un *Epítome de economía política* para uso de gobernantes y gobernados?

Colegio de huérfanos.—Con los nueve alumnos que ingresaron el día 15 del actual son ya 26 los que se encuentran en el Colegio de huérfanos; 10 niñas y 16 niños que con los cuatro que no han ingresado aún por encontrarse enfermos hacen el total de 30 huérfanos admitidos hasta la fecha.

El día 30 ingresarán los siguientes:

María de los Angeles Brey de Silva, de Bilbao. Nació el 15 de Agosto de 1911.

Natividad Alba Aldama, de Feria, Badajoz. Nació el 28 de Diciembre de 1910.

Concepción Patiño de Castro Devesa, de Cabezaredo, Ciudad Real. Nació el 3 de Octubre de 1910.

María de la Concepción Pedro del Moral García, de Barajas, Madrid. Nació el 27 de Septiembre de 1910.

Isabel Franco Campos, de Ladices, Cuenca. Nació el 3 de Septiembre de 1910.

Luis Pollo Valdecabras, de Alcázar del Rey, Cuenca. Nació el 7 de Noviembre de 1911.

Primitivo Rodríguez Gañán, de Guijo de Coria, Cáceres. Nació el 7 de Noviembre de 1911.

Leopoldo Cobián Otero, de La Estrada, Pontevedra. Nació el 9 de Septiembre de 1911.

Blas Pelegrín Garrido, de Puerto Llano, Ciudad Real. Nació el 7 de Junio de 1911.

Plácido Navas García de la Vega, de Madrid. Nació el 13 de Abril de 1911.

Por el Colegio de huérfanos empiezan ya á desfilar compañeros, y el transcendental problema que éste representa apasiona ya á muchas almas que hasta ahora permanecían indiferentes ante la magna y hermosa obra.

Movimiento de población en las capitales de España.

—La *Gaceta* ha publicado el movimiento de población habido durante el mes de Marzo último en todas las capitales de España.

Según el Instituto Geográfico y Estadístico, se registraron, en total, 8.349 nacimientos, 10.656 defunciones y 2.725 matrimonios.

Murieron 2.600 niños menores de cinco años.

Madrid, con una población de 652.157 habitantes, registró 1.290 nacimientos, 1.900 defunciones y 471 matrimonios.

Barcelona, con una población de 618.766 habitantes, registró 1.482 nacimientos, 1.582 defunciones y 539 matrimonios.

Valencia, con 245.162 habitantes, registró 451 nacimientos, 543 defunciones y 231 matrimonios.

Sevilla, con 64.046 habitantes, 400 nacimientos, 490 defunciones y 107 matrimonios.

Málaga, con 141.046 habitantes, 396 nacimientos, 465 defunciones y 99 matrimonios.

Murcia, con 133.335 habitantes, 341 nacimientos, 254 defunciones y 209 matrimonios.

Zaragoza, con 124.998 habitantes, 309 nacimientos, 425 defunciones y 113 matrimonios.

Bilbao, con 99.938 habitantes, 251 nacimientos, 269 defunciones y 89 matrimonios.

La ciudad que ha tenido menos nacimientos y defunciones fué Soria, con 19 y 34, respectivamente.

La ciudad en que sucumbieron más niños de menos de cinco años fué Madrid, con 404, siguiendo Barcelona, con 368; Málaga, con 153; Sevilla, con 148; Valencia, con 144, y Zaragoza, con 106.

Por cada mil habitantes hubo una natalidad total de 2,29 y una mortalidad de 2,75.

El tifus en Granada y Almería. Viaje de inspección.—

Desde hace algún tiempo los telegramas publicados por la prensa diaria y los rumores y noticias que se divulgan sobre el estado sanitario de las dos provincias andaluzas, daban que pensar, por lo contradictorio, á todas aquellas personas y entidades que se interesan por la salud pública en general.

Desde luego existía un mal de caracteres epidémicos, que á pesar de las medidas sanitarias que se aplicaban para su contención, continuaba divulgándose, extendiéndose á los pueblos contiguos á los invadidos.

La Superioridad Central Sanitaria acordó, y realizó inmediatamente, el pensamiento de enviar una Comisión del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII con el fin de que realizase un trabajo de exploración á los puntos invadidos y que la componían los Sres. Arcaute, Tapia y Partearroyo, bajo la dirección del Sr. Blanco.

De los resultados de este viaje de inspección, se puede asegurar, teniendo en consideración los informes por nosotros recibidos, que la prolongación y propagación del mal se debió principalmente á las formas clínicas leves con que se presentó el tifus exantemático (verdadero carácter de la epidemia) que extraviaron la opinión de la mayoría de los facultativos y con gran facilidad les llevaban á suponer que se trataba de casos de fiebre tifoidea ó de paratífus.

Esto evidentemente representaba un grave peligro, pues las medidas profilácticas y evitadoras de la propagación del tifus exantemático, como son el despiojamiento y el aislamiento, no fueron tomadas hasta que la exploración realizada por la mencionada Comisión pudo comprobar sus temores.

A tal extremo llegaron á desorientar los caracteres que revestía la epidemia, que en la Rábida, que puede considerarse como un suburbio de Albuñol, se empezó á aplicar la vacuna antitífica, á pesar de lo cual continuaba aumentando el número de invasiones y de fallecimientos.

No se procedió al despiojamiento y resultaba que los portadores, en su vagabundaje, servían de vehículos al germen de la enfermedad, que rápidamente se extendía.

Las medidas adoptadas como resultado de la exploración realizada por la Comisión dirigida por el Sr. Blanco, que diagnosticó el tifus exantemático, fueron: 1.ª Organización de servicios y lugares para conseguir el aislamiento de los atacados, en evitación de los riesgos del contagio; 2.ª La designación é instalación de puestos de despiojamiento donde pudieran ser conducidos y aislados los individuos sospechosos, y 3.ª Exigir á las autoridades locales que prestasen su apoyo moral y material para que los procedimientos profilácticos y de represión de la enfermedad, que se preceptuasen, tuviesen el debido y eficaz cumplimiento.

LA DIABETES
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI
que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día,
fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas
las farmacias
y droguerías
Literatura y mues-
tras, LABORATO-
RIO PESQUI Prim-
25. San Sebastián

Además se acordó dividir las provincias de Granada y Almería en dos distritos sanitarios cada una, al frente de cada uno de los cuales y durante el desarrollo de la epidemia, estarán un delegado de la Comisión, un inspector provincial ó un subdelegado, auxiliados por facultativos designados al efecto y agregados á la región correspondiente para hacer cumplir con más rigor y eficacia las medidas profilácticas.

Desde que se emprendió esta campaña, el número de invasiones y defunciones ha disminuído; trabajándose en el momento presente con toda actividad para que desaparezca el mal lo antes posible.

Todo esto, unido al prestigio del Inspector general señor Martín Salazar, que visitó los principales focos de la epidemia, y á las medidas por él tomadas, hace suponer que en breve plazo desaparecerá totalmente la epidemia de tifus exantemático en Granada y Almería.

Nombramiento.—En virtud de refido concurso, al que han acudido distinguidos especialistas en Paidología, médicos de la Beneficencia Municipal, ha sido nombrado profesor de la Institución de Puericultura del Ayuntamiento de Madrid el distinguido médico de la Beneficencia Provincial Dr. D. Juan Antonio Alonso Muñozerro, al que se le ha adjudicado el núm. 1.

Nuestra enhorabuena.

Comité Femenino de Higiene Popular.—Este Comité, á cuyas expensas vive la Primera Casa de Higiene Infantil, establecida en la calle de la Esgrima, núm. 2, cuya finalidad es la de cooperar á evitar las enfermedades infantiles, sobre todo entre los hijos de los pobres, y las epidemias que se desarrollan por falta de limpieza, las más de las veces, nos envía una nota, en la que hace constar lo siguiente:

«En vista del crecido número de niños, de tres á once años, que constantemente se presentan para desinfectar sus cabecitas y tomar baños, y para poder dedicar con más detalle estos trabajos á los mismos por el personal sanitario de la Casa de Higiene, se ha abierto unos abonos de baños diarios con el nombre de cada uno de los niños que acuden de los distintos distritos de Madrid.»

La labor que realizan las nobles damas que forman este Comité no puede ser más altruista, y por ella merecen aplausos, que no hemos de regatearles; pero para que sea aún más eficaz su gestión, precisa este organismo el apoyo oficial, moral y material, y el de todas las clases sociales, de que bien lo merecen quienes se sacrifican de este modo por la salud pública.

AMÉRICA LATINA

ARGENTINA

Hospital San Isidro. Homenaje al Dr. Luis Manzone.—Con motivo de la renuncia que del cargo de director que venía ejerciendo desde hace diez años, época en que se fundó el Hospital San Isidro, fué objeto el Dr. Luis Manzone, de una afectuosa demostración.

Se le obsequió como recuerdo de su acertada actuación, con una medalla de oro y un artístico pergamino; ofreció el homenaje el D. Adrian Becar Varela, en nombre de las damas de la Sociedad de Socorros, y agradeció el obsequiado.

Premio Félix de Azara.—El premio Félix de Azara correspondiente al bienio 1915 16, ha sido adjudicado al doctor Luis Guglielmi y á la doctora Angeles Delbon, por su trabajo titulado «Contribución al estudio de las fibras textiles de origen animal y vegetal».

FRANCIA

Nombramiento.—El Dr. Henri Roger, profesor agregado de la Facultad de Medicina de Montpellier, ha sido nombrado recientemente profesor de clínica de enfermedades del sistema nervioso de la Escuela de Marsella.

Sus conocidos prestigios nos hacen suponer que en su nuevo cargo obtendrá nuevos triunfos científicos.

XIX Congreso francés de Urología (8-11 Octubre 1919).—El XIX Congreso de la Asociación francesa de Urología, celebrará su inauguración en la Facultad de Medicina de París, el día 8 de Octubre.

El tema que se ha puesto en la orden del día del Congreso, es el siguiente: «Tratamiento de las pielonefritis no tuberculosas en el hombre». El ponente es M. Ertzbischoff (de París).

Se ruega á los señores miembros de la Asociación en-

vien el título de sus comunicaciones á M. O. Pasteau, secretario general, 13, Avenue de Villars, á París, 7.^o

Facultad de Medicina de Montpellier. Donativo importante.—M. Jean Louis Calvet (de Beziers) ha legado su fortuna entera, valuada en un millón de francos, á la Facultad de Medicina de Montpellier, para que con las rentas que produzca se funde un premio anual que se otorgará al autor de la mejor memoria sobre la curación del cáncer.

Estadística municipal de la ciudad de París.—Se han registrado durante la 30 semana, 671 fallecimientos, en vez de 662 en la semana anterior (promedio, 679).

La viruela ha causado 2 defunciones y se han registrado 8 casos nuevos (promedio, 0).

Se han señalado 6 casos de varicela.

La diarrea infantil ha causado 19 fallecimientos de 0 á 1 año, en lugar de 8 que se registraron en la semana anterior (promedio, 21).

Entre las afecciones del aparato respiratorio, 20 defunciones se han debido á la bronconeumonía y 29 á congestión pulmonar.

GENERAL

El cólera.—Comunican de Moukden que el cólera continúa haciendo estragos importantes en Mandchuria.

Por término medio se registran 150 defunciones diarias.

Un radiograma del Gobierno de los Soviets rusos dice que la epidemia de cólera que se declaró á principios de la semana en los distritos del Don hace inquietantes progresos. El número de muertos se eleva á 302.

El servicio sanitario se declara incapaz de luchar contra la epidemia á causa de la falta de toda clase de medicamentos.

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

IODASA BELLOT
Solución titulada
de **IODOPEPTONA**
ODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE
gotas: 1 centigramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.—Todas las indicaciones del iodo y los ioduros. Sin iodismo.
El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.
20 gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.
Dosis.— Niños. . De 5 á 20 gotas.—Adultos. . de 10 á 50 gotas
Muestras y prospectos: **F. BELLOT**
Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

NIÑOS. FIEBRES PALUDICAS, GASTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTITION, GRIPALES, después del brote en las **ERUPTIVAS**, estados febriles de las **NEUMONIAS, BRONQUITIS** y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

Quininfantina Delgado Ronco.

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

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MÉDICO por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.^a de la Cabeza, 1