

EL SIGLO MEDICO

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

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

REDACTORES:

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

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: Consideraciones nosológicas y diagnósticas sobre la llamada histeroepilepsia, por el Dr. E. Fernández Sanz.— Los hemoparasitismos y los hemoparadores de gérmenes, por el Dr. Edmundo Escobel.— Sobre un caso de Taquicardia, por el Dr. Antonio Mut.— Bibliografía, por Victor M.^a Cortezo.— Periódicos médicos.— Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.— Nueva fase profesional, por Iatrófilo.— Los servicios de beneficencia en Gibraltar.— Sociedades Científicas: Protección médica, por Pilar Calvache.— Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.— Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.— Crónicas.— Vacantes.— Correspondencia.— Anuncios.

Consideraciones nosológicas y diagnósticas sobre la llamada histeroepilepsia

POR EL

DR. E. FERNANDEZ SANZ

Miembro numerario de la Real Academia Nacional de Medicina, profesor auxiliar numerario de Clínica Médica en la Facultad de Medicina de Madrid, jefe facultativo del Hospital de Jesús Nazareno, etc.

Desde que se distinguieron científicamente el histerismo y la epilepsia, el tema de sus relaciones, de sus mutuas analogías y diferencias no ha dejado nunca de ser objeto de asiduo estudio y de interesantes discusiones; recientemente se han publicado varios importantes trabajos dedicados a este asunto, y la lectura de los mismos, unida a la observación personal de un nuevo caso, que por sus circunstancias me parece digno de ser referido, me inducen a volver a tratar de una cuestión de la que ya me ocupé hace algunos años.

Entonces di a conocer dos casos de mi experiencia propia, y con tal motivo hice una recapitulación crítica de las principales opiniones hasta aquella fecha emitidas, y terminaba exponiendo mi parecer, conden-

sado en la afirmación de que la histeroepilepsia no es más que la coexistencia de ambas neuropatías en un mismo sujeto (1).

No voy a repetir ahora lo allí consignado; bastará con que concisamente indique los de más relieve entre los juicios antiguos y que a ellos añada los datos y conceptos modernos posteriores a mi citada publicación primera.

El problema de las conexiones entre el histerismo y la epilepsia se presta a ser enfocado bajo varios aspectos; pero yo no voy a considerar más que dos de ellos: uno teórico y otro práctico, y el primero de éstos sólo muy brevemente, nada más que lo preciso para orientar el pensamiento en la interpretación de los hechos clínicos referentes a la asociación morbosa histeroepiléptica. El otro aspecto, el práctico, relativo a la dilucidación diagnóstica, merece más detenida atención; pero cuidaré también de presentarle de la manera más clara y más sencilla posible.

Es un hecho de realidad innegable, que al lado de casos típicos de epilepsia y de histerismo que pueden muy fácilmente distinguirse ateniéndose a los elementales caracteres clásicos, existen otros de manifestaciones borrosas o ambiguas, constitutivas de las que se llaman formas intermedias o mixtas; y estos últi-

(1) FERNÁNDEZ SANZ.—Histerismo (Teoría y clínica). Madrid, 1914; segunda parte, cap. XVI, pág. 383.



mos casos son los que suscitan las dificultades de diferenciación, que procuraremos poner de relieve, así como los medios para salvarlas, en los párrafos siguientes.

Como punto de partida para la discusión teórica del concepto de histeroepilepsia, nos fijaremos en la definición de Charcot, autor que tan honda influencia ha ejercido en la evolución de la neurología moderna, y en especial en las cuestiones pertinentes al histerismo. Según Charcot (1), pueden observarse manifestaciones epilépticas e histéricas asociadas en un mismo sujeto, dando lugar, al tratarse de síntomas paroxísticos, a dos variedades, que denomina de crisis separadas y de crisis combinadas, según que los accesos de tipo epiléptico alternen con los de carácter histérico, presentándose aquéllos y éstos en momentos distintos, o que en un mismo ataque ocurran simultáneamente los fenómenos histéricos y los epilépticos. Explicando su concepto de la histeroepilepsia, Charcot dice que no existe antagonismo entre las dos citadas neuropatías, coexistiendo en un mismo enfermo, y además se observan accidentes histéricos en los que la epilepsia parece mezclarse al histerismo; pero en tales casos aquélla no existe más que en la apariencia, en la forma exterior, no en el fondo; se trata entonces de histerismo que reviste el aspecto de la epilepsia, y se debe llamar, con Louyer-Villermay, histerismo epileptiforme.

En cuanto a la histeroepilepsia de crisis combinadas o conjuntas, que clásicamente se designaban con el nombre de ataques-accesos, Charcot adopta la descripción que de ellas trazó otro de los más famosos creadores de la moderna concepción del histerismo, Briquet; los rasgos más salientes de esta descripción son la existencia de un aura de naturaleza histérica, seguida de una fase de aspecto epiletiforme, presentándose a continuación otros fenómenos histéricos, período clónico, delirio y, por último, sollozos, llanto o risas.

En lo que atañe al diagnóstico diferencial entre las crisis histéricas y las epilépticas, tal como lo traza Charcot, debe reconocerse que es bastante confuso, por la poca precisión y escaso valor de los rasgos distintivos que propone, reduciéndose éstos a lo incompleto de los tipos de accesos epileptoideos que en el histerismo pueden ocurrir, pues no se observan nunca ni el vértigo ni otras formas de mal menor; a la modificación de los accesos por la compresión de la región ovárica, a la no terminación por obnubilación intelectual ni demencia, y al hecho de que, si bien en los ataques histéricos aislados se puede apreciar alguna vez elevación térmica, en los que ocurren en serie no se producen nunca los considerables ascensos de la temperatura central, tan comunes en el estado de mal epiléptico. Realmente, si nos atuviéramos tan sólo a estos tan poco característicos datos, nos sería muy difícil, en la mayoría de los casos, distinguir las crisis

(1) CHARCOT.—*Leciones sobre las enfermedades del sistema nervioso*, edición española. Madrid. 1891. Tomo I, pág. 407.

histéricas de las epilépticas. Un neuropatólogo norteamericano, de gran renombre en su tiempo como autor didáctico, Dana (1), se manifiesta mucho más terminante que Charcot, sin las ambigüedades que éste deja traslucir en la descripción de la histeroepilepsia; ésta, según Dana, sería un verdadero histerismo, sin nada de epilepsia; al estudiar los fenómenos que integran la crisis, sigue la misma norma trazada por Briquet y aceptada por Charcot, distinguiendo una primera fase epileptoide con abolición de la conciencia y contracciones tónicas y clónicas muy parecidas a las de la epilepsia; el enfermo permanece luego algunos momentos en un estado de apariencia comatosa, sobreviniendo a continuación la etapa de contorsiones, de grandes movimientos de actitudes extrañas, con otros síntomas evidentemente histéricos; debe asignarse gran importancia diagnóstica al hecho de presentar el enfermo, en los intervalos de las crisis, estigmas de histerismo, como parálisis, contracturas, anestias, etcétera.

Binswanger, autor de un extenso tratado del histerismo (2), reparte en tres categorías las formas posibles de asociarse dicha psiconeurosis y la epilepsia: 1.^a Coincidencia de ambas afecciones, por presentarse accesos histéricos en un sujeto epiléptico antiguo. 2.^a Coincidencia por acaecer accidentes epilépticos en una persona histérica previamente. 3.^a Formas mixtas, caracterizadas por la fusión íntima de síntomas histéricos y epilépticos, tanto paroxísticos como intercalares. Acerca de estas formas mixtas, dice Binswanger en otra obra suya sobre la epilepsia (3), que se desarrollan en el terreno degenerativo, y desde un principio dominan en ellas los trastornos accesionales y permanentes histéricos y epilépticos simultáneamente, no permitiendo la separación de dos procesos diferentes, lo que parece indicar que Binswanger admite en estos casos la unidad nosológica de la histeroepilepsia. El profesor de Jena pondera las dificultades del diagnóstico diferencial, enumerando los caracteres reputados como distintivos, la pérdida brusca de la conciencia, las contracciones tónicas generalizadas, a las que siguen otras interrumpidas, con breves sacudidas aisladas en determinados músculos o grupos de músculos de acción sinérgica, el estado soporoso y de agotamiento final, teniendo en algunos casos valor el grito inicial, la suspensión de la reacción pupilar a la luz, el signo de Babinski (inmediatamente después del acceso) y la micción y defecación involuntarias; pero asegura este autor que ninguno de estos síntomas es constante ni absolutamente seguro, debiendo atenderse no a los fenómenos aislados, sino al conjunto sindrómico.

Hoche, en una importante monografía (4), insiste

(1) DANA.—*Text-Book of Nervous Diseases*, cuarta edición. Londres, 1898, pág. 487.

(2) BINSWANGER.—*Die Hysterie*. Viena, 1904, página 27.

(3) BINSWANGER.—*Die Epilepsie*, segunda edición. Viena, 1913, página 348.

(4) HOCHÉ.—*Die differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie*; Berlín, 1902.

igualmente en lo difícil que es a veces establecer el diagnóstico, pues ninguno de los signos propuestos es por completo fijo ni inequívoco, habiendo casos en que por los exclusivos caracteres de los ataques no es posible llegar a la diferenciación.

A este propósito debe recordarse que no son de valor inmutable, no sólo las bases diagnósticas antiguas, sino tampoco otras propuestas más tarde, como la abolición temporal del reflejo pupilar a la luz, pues Karplus (1) demostró, hace ya tiempo, que se puede observar también en los accesos histéricos.

La rápida enumeración precedente demuestra que los autores algo antiguos que merecen ya llamarse *clásicos del histerismo*, no estaban de acuerdo acerca de lo que debía entenderse por histero epilepsia, aunque predominaba la tendencia a considerar como tal la coexistencia de ambas neuropatías. En los trabajos recientes tampoco se encuentra unanimidad en cuanto a dicho concepto doctrinal, como se verá a continuación.

R. G. Gordon (2) parece inclinarse a admitir que no son antitéticos los accesos epilépticos y los histéricos, pudiendo transformarse los unos en los otros.

Sarazin (3) acepta el tradicional concepto de histero epilepsia con crisis separadas de Charcot, aplicándole a un caso por aquel presentado en una Sociedad científica.

Marchand (4) en un notable artículo que es una revista crítica concisa, pero muy completa de este tema con abundante bibliografía, sobre todo moderna, expresa categóricamente su opinión de que es pura y simplemente histerismo la llamada histeroepilepsia de crisis combinadas (la más difícil de interpretar y la que más se presta a confusiones diagnósticas, a mi humilde juicio).

En cambio, Laurés y Gascard (5) sostienen un criterio diametralmente opuesto, afirmando que la histero epilepsia es una epilepsia frustrada.

Alan Mac Dougal (6) en un trabajo digno de ser leído, por la amplitud de miras que lo inspira y y por la clara exposición de las ideas enunciadas, distingue tres clases de ataques: conscientes, producto de la simulación; subconscientes, debidos al histerismo, e inconscientes, que dependen de la epilepsia, con formas intermedias o de transición, mezcla de simulación y de histerismo o de éste y de epilepsia. Aunque está clasificación seduzca a primera vista por su sencillez y por la aparente precisión con que define y separa los diversos tipos de accesos considerados, señalando al propio tiempo, con un solo calificativo su patogenia, me parece esa caracterización demasiado esquemática

para que pueda ser tomada como fiel expresión de la realidad y en cuanto a las formas intermedias tengo por más exacta que esta denominación, la de mixtas o híbridas o combinadas; pues no se trata de procesos nuevos distintos de los elementales de que derivan, sino de asociaciones de los síntomas más o menos típicos de éstos, existiendo en dichas formas una mezcla de simulación y de histerismo, o de éste y epilepsia y siendo aquéllas producidas precisamente por esta mezcla.

En lo que al problema práctico del diagnóstico se refiere, no se ha adelantado tampoco mucho en estos últimos tiempos, subsistiendo las reservas y las dudas de antes. Los tres caracteres propuestos por R. G. Gordon (1), a saber: la existencia clara del signo de Babinski al final del ataque, la cianosis bien manifiesta y la desviación conjugada de los ojos, tienen escaso valor, pues el primero es de apreciación circunstancial y los otros dos pueden imitarse voluntariamente; Sarazin, en el caso que ha publicado (2) distingue dos clases de crisis: unas que califica de epilépticas por la mordedura de la lengua, pérdida de conocimiento, amnesia, actos violentos e inconscientes, quebrantamiento y cefalea consecutivos y otras que denomina histéricas por la falta de esos caracteres, existiendo además en el sujeto estigmas de histerismo; como se vé, Sarazin no aporta ningún dato nuevo al diagnóstico diferencial de ambas especies de accesos.

Marchand (3) intenta puntualizar este diagnóstico, precisando mucho los rasgos distintivos y señala taxativamente cuáles son los elementos epilépticos que pueden aparecer en la crisis histérica, complicándola y, reciprocamente, cuáles son los fenómenos histeroides susceptibles de presentarse en el acceso epiléptico. Entre los primeros, menciona el comienzo con caída brusca que puede causar lesiones traumáticas, la pérdida de conocimiento, la mordedura de la lengua, que suele ser superficial y limitada a la punta del órgano (y habrá que descartar la simulación) y la emisión de orina (que también puede ser voluntariamente provocada). En cuanto a los factores histeroides que a veces adulteran el ataque epiléptico, son los más importantes el aura con sensación de bola retroesternal, la ejecución de actos más o menos coordinados, como el andar, comer, etc. y los estados alucinatorios; pero a estos últimos síntomas no creo que deba atribuírseles una significación concreta, porque pueden ser producidos simplemente por el automatismo epiléptico puro sin inmixción alguna de histerismo.

Según el criterio expresado al comienzo de este artículo, y con sujeción al cual he trazado la precedente exposición crítica de las principales opiniones antiguas y recientes sobre el problema de la histeroepilepsia, estimo que deben distinguirse en este dos aspectos: el especulativo y el práctico, referente el primero a la afirmación o negación de una especie morbosa

(1) KARPLUS.—*Jahrbuch für Psychiatrie* XVII, 1898.

(2) R. G. GORDON.—*The Lancet* pág. 915; 22, noviembre 1919.

(3) SARAZIN.—*Bull. de la Soc. clin. de Medec. Mentale de Paris*, número 7, pág. 188; juliode 1920.

(4) MARCHAND.—*Presse Medicale*, núm.84, pág. 627; 8 de septiembre de 1920.

(5) LAURÉS Y GASCARD.—*Presse Medicale*, 16 junio 1920.

(6) ALAN MAC DOUGAL.—*The Lancet*, núm. 5.067, pág. 764; 9 octubre 1920.

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

intermedia entre la epilepsia, y el histerismo, dotada de caracteres compuestos de los de la una y del otro, y relativo el segundo, a la posibilidad o imposibilidad de distinguir siempre las manifestaciones histéricas de las epilépticas, que es lo realmente importante.

De la cuestión teórica sólo diré como conclusión de todo lo antes expuesto, que no me parece necesaria la aceptación de una entidad patológica nueva, la histeroepilepsia, considerada como tal unidad nosológica, distinta de las que componen su nombre, pues la combinación, la coexistencia, la sucesión alternada o la fusión de los fenómenos propios de ambas neuropatías primordiales, bastan para explicar todas las modalidades que la realidad clínica nos ofrece, *sin excepción alguna*. El histerismo y la epilepsia no son, de ningún modo, antagónicos; se hallan patogénicamente enlazados por desarrollarse en el terreno orgánico degenerativo, como Binswanger oportunamente recuerda, y esta condición etiológica fundamental, común a ambos, explica que frecuentemente coincidan en un mismo sujeto; además, y supuesta la predisposición a las dos neuropatías, pueden las incidencias evolutivas de la una desempeñar el papel de agente provocador respecto de las de la otra; sobre todo, los episodios epilépticos son capaces de determinar con bastante facilidad reacciones histeriformes en un sujeto predispuesto, y de ello es ejemplo práctico el caso clínico que al final de este artículo describiré.

No sólo los fenómenos paroxísticos pueden ser alternativa o simultáneamente histeriformes o epiléptiformes en un mismo enfermo, sino que también los síntomas permanentes y las disposiciones constitucionales neuropsíquicas, histérica y epiléptica coexisten con alguna frecuencia. Este significado de coincidencia de dos estados morbosos es el que debe atribuirse a la denominación de histeroepilepsia.

En lo relativo al diagnóstico diferencial, no debemos atender nunca a un signo aislado, pues no existe ninguno que sea en absoluto distintivo, sino al conjunto de los síntomas, siguiendo el acertado consejo de Binswanger; se tendrá en cuenta el mayor número posible de aquellos caracteres reiteradamente propuestos por los observadores antiguos y modernos, como son la mordedura profunda de la masa de la lengua, la pérdida brusca y total de la conciencia, la amnesia consecutiva (siempre que se cuente con la buena fe del sujeto), la emisión involuntaria de orina (en las mismas condiciones de ausencia de simulación), los traumatismos importantes causados por la caída repentina al iniciarse el acceso, el color amoratado de los labios, la brevedad de la fase convulsiva con predominio de las contracciones tónicas y ausencia durante la misma de gritos, llanto, risa, actitudes expresivas de estados emocionales, etc., el período final de sopor profundo con respiración ruidosamente estertorosa, a los que se puede añadir el signo de Babinski, la falta del reflejo pupilar luminico y algún otro dato menos seguro y constante.

Una confirmación práctica de lo precedentemente

consignado es la observación clínica que a continuación voy a transcribir; en ella puede apreciarse la asociación de fenómenos accesionales histéricos y epilépticos en un mismo ataque: se trata, pues, de un caso de histeroepilepsia con crisis combinadas, según la nomenclatura clásica.

Una muchacha de veintitrés años, lugareña robusta, de sano aspecto, natural de una aldea de Castilla la Nueva, y habitante siempre en su pueblo natal, viene padeciendo, desde la niñez casi, accesos convulsivos, que en un principio se repetían muy a menudo, diariamente, y después, más de tarde en tarde, pero siempre con bastante frecuencia cada seis u ocho días por término medio, habiendo sido el plazo intercalar máximo de un mes en alguna ocasión. El acceso, constituido por convulsiones generalizadas, va precedido de un aura de larga duración, consistente en una sensación de nudo en la garganta, teniendo tiempo de avisar que va a sufrir el ataque y de adoptar las precauciones necesarias para no causarse daño; pierde el conocimiento, por completo, no recordando después nada de lo ocurrido; se queda al principio intensamente pálida, con los labios morados, y alguna vez ha habido emisión inconsciente de orina y aun de heces; las contracciones son casi exclusivamente tónicas; al cesar la crisis, en la fase crepuscular de recuperación de la conciencia, ríe descompasadamente. El acceso, por lo tanto, es en sus caracteres fundamentales manifiestamente epiléptico, pero va precedido y seguido de fenómenos histeroides, aura muy prolongada con construcción gutural, pérdida gradual del conocimiento, risa consecutiva.

Es de advertir también que somáticamente no se aprecian estigmas de degeneración, ni anomalía alguna, ni estática, ni funcional y que existe normalidad psíquica, no habiéndose producido alteraciones mentales a pesar del largo tiempo y de la mucha frecuencia con que se repiten los accesos. Es de humor jovial, de carácter comunicativo y sociable, algo vehemente, de fácil emotividad y exagerada en sus reacciones afectivas, circunstancias todas asimilables más bien a la constitución psíquica histérica que a la epiléptica, pero sin que en este caso se pueda estimar que rebasan los límites de las variantes individuales fisiológicas. Como único antecedente neuropático familiar digno de mención se ha recogido el dato de que la madre de la enferma ha padecido ataques de tipo netamente histérico.

Madrid, 8 de noviembre de 1920.



Los hemoparasitismos y los hemoportadores de gérmenes. (1)

POR EL

DR. EDMUNDO ESCOMEL
De Arequipa (Peru).

Curva clínica de las fórmulas hemoparasitaria y hemoleucocitaria. — Prueba en cirugía. — Procedimiento rápido y seguro para el examen de los leucocitos y de los parásitos de la sangre. — Alcances del método.

Entre el chancro inicial de la blastomycosis en la mano o en el pie y las lesiones nasales secundarias, no existe otra vía que siga el blastomiceto sino la hepática, para dar siempre y en las mismas condiciones idénticos y alejados cultivos.

Nosotros hemos confirmado la penetración de las amibas disentéricas en el hígado por las brechas mucosas rectales, particularmente al nivel de hemorroides exulceradas siguiendo las venas hemorroidales para llegar a la porta y estancarse en los capilares hepáticos, cultivándose allí y originando la clásica hepatitis supurada. Estos ejemplos se pueden repetir en la mayor parte de la patología infecciosa sistematizada.

El examen repetido de la sangre, hará sorprender con más frecuencia a los parásitos que viven en la sangre al lado de sus elementos figurados.

Variaciones de la infección sanguínea.—Varios son los casos que pueden presentarse en los que un microbio u otro parásito penetra en la sangre, a saber:

Hemoparasitismo activo o hematitis

1.º Un microbio que se introduce en la sangre, sea que venga del exterior o de un órgano en el que se cultivaba, infecta la sangre, se cultiva intensamente en ella y da lugar a manifestaciones metastásicas con caracteres graves y casi siempre mortales; tal ocurre en la pneumococia, la estreptococia puerperal, el tifus recurrente, etc. Antes se denominaba esto *septicemia*, nombre impropio, pues, indicando la presencia de microbios sépticos en el torrente circulatorio, no fija de manera precisa el papel patológico que estos gérmenes desempeñan.

Por analogía con lo que pasa en el resto del organismo en que termina en *itis* el cultivo bacteriano activo, propongo el nombre de *hematitis* que puntualiza el que es en la sangre misma en donde se hace el cultivo, que es ella la que se defiende contra la infección y la que la reparte.

Hemoparasitismo pasivo o microbiemia

2.º Un microbio circula en la sangre sin determinar en ella el cultivo reaccional que acabamos

de describir, sirviéndose sólo de ella como vehículo para desarrollar su ciclo en accidentes primarios, secundarios o terciarios, como ocurre, por ejemplo, en la sífilis, la blastomycosis o en el reumatismo, en cuyo caso aceptamos la denominación de *microbiemia* con que la han bautizado Guy Laroche y otros autores.

Hemoparasitismo indiferente con los hemoportadores de gérmenes

3.º Por último existen individuos como los que hemos visto, cuyo examen sanguíneo denota la presencia de parásitos que no parecen ejercer acción alguna para lesionar la salud, siendo aquellos o bien convalecientes de una enfermedad anterior, como la fiebre tifoidea por ejemplo, o bien personas en las que no se ha podido observar la enfermedad originaria de la parasitemia, la que se realizará por el método de acarreo leucocitario mucoso que hemos descrito, denominando por esta razón a aquellos individuos *hemoportadores de gérmenes*.

En resumen, tenemos que la penetración de gérmenes patógenos en la sangre, comprende:

1.º La *hematitis*, o sea el cultivo del germen, teniendo como elemento primordial la sangre misma, tal, el tifus recurrente.

2.º La *microbiemia*, o sea el cultivo del microbio en algún órgano, teniendo como elemento secundario u ocasional a la sangre, tal como el reumatismo o la blastomycosis; y

3.º Los *hemoportadores de gérmenes* en que los parásitos viven en la sangre, sin manifestarse patológicamente, sea en convalecencia de enfermedades o sin presentar entrada clínica aparente.

Deducciones profilácticas.—Los hemoportadores de gérmenes son peligrosos para los demás, directa e indirectamente.

Directamente, cuando puede efectuarse la inoculación del hemoportador al sano por el intermedio de los animales hematófagos, particularmente en los países tropicales, como son los *Culex*, *Simulias*, *Phlebotomus*, *Cimex*, *Pulex*, *Pediculus*, *Triatomas*, etc. De allí la necesidad de aislar a los hemoportadores, mientras el rápido examen microscópico así los clasifique, en especial cuando abundan los animales que se nutren de sangre.

Indirectamente por las secreciones, como sucede, por ejemplo, con la orina en los tíficos o en los icterohemorrágicos, en donde hay parásitos siendo al mismo tiempo hemoportadores de gérmenes.

Deducciones prácticas.—Dada la sencillez del método que lo pone al alcance del más elemental hombre de laboratorio, creemos que debe entrar como regla, como síntoma indispensable de investigar, antes de las grandes operaciones quirúrgicas y en especial en aquellas en que se va a actuar con extensos traumatismos en la cavidad peritoneal u otras, para evitar el que se produzcan fracasos por el cultivo de

(1) Véase el número anterior.

los gérmenes que viven en latencia en el fluido sanguíneo de algunos enfermos

Al lado de la investigación de la albúmina, del azúcar, de la acidosis, de la acetona, de la dosificación de la úrea, etc., creemos que se debe buscar si el individuo operable es o no hemoportador de gérmenes.

Basta en este caso con emplear el método más sencillo; a saber:

Extracción de la sangre.

Eritrolisis inmediata.

Centrifugación de un minuto.

Extensión del depósito sobre lámina y coloración rápida a la tionina.

Fórmula hemoparasitaria

Puede hacerse un punto de referencia fijo para numerar las bacterias contenidas en el depósito, y para obtenerlo basta el diluir el depósito que queda de la centrifugación (después de arrojar todo el líquido eritrolítico que sobrenada) en 5 gotas de suero fisiológico; difundirlo bien en estas 5 gotas, tomarlo con una pipeta delgada, depositar una gota en cada lámina, que se deja evaporar sin extender, con lo cual se obtendrá siempre un igual grado de concentración parasitoleucocítica. Si el número de elementos figurados es muy grande, basta con duplicar o triplicar el número de gotas de la dilución.

En esta virtud y después de fijar y colorear, se contarán los parásitos contenidos en 10, 20 ó 30 campos microscópicos, estudiando al mismo tiempo la calidad de leucocitos encerrados en los mismos 10, 20 ó 30 campos, llegándose a determinar en una sola operación y en rápidos momentos, tanto el número de hemoparásitos como la fórmula hemoleucocitaria.

Estudios ulteriores fijarán de manera precisa la cantidad y calidad de hemoparásitos que toleren o contraindiquen la práctica de una grande intervención quirúrgica, de la misma manera que tal o cual de los productos normales o anormales de la orina tolera o contraindica dicha intervención.

En este caso se someterá al enfermo a una terapéutica apropiada, que levantando el índice opsónico y disminuyendo el número de hemoparásitos, permita operar sin los peligros pasados, de la misma manera como se prepara a los enfermos cuando hay amenaza de uremia, o de acetonemia u otro peligro que anuncie un fracaso quirúrgico.

Alcance del método.—Puesto el método en la mano de todos los prácticos por su notable sencillez a la par que por su seguridad, nuevos horizontes se abren en el camino del

Diagnóstico, de la

Profilaxis, del

Pronóstico y de la

Terapéutica que deben emplearse para cada caso particular.

En cuanto al *diagnóstico*, se hará con más rapidez, con menos material técnico y menor preparación

que por la hemocultura, debiendo completarse con esta cuando fuese necesario, pero precediéndola, en todo caso.

Por lo que se refiere a la *profilaxis*, a raíz de una observación de hemoportadores de gérmenes, sea en apariencia de salud perfecta o como consecuencia de enfermedad anterior, será mejor estudiada y mejor dirigida que sin tener a la mano este precioso dato médico.

Por lo que respecta al *pronóstico*, un hemoportador de gérmenes está en peores condiciones en su enfermedad que aquel que no lo es; uno cuyos parásitos aumentan, peor que uno en el cual el número disminuye, siendo más vulnerable a los agentes causales externos predisponentes, a las enfermedades los hemoportadores de gérmenes, que aquellos que no lo son.

La terapéutica queda subordinada al diagnóstico precoz del hemoparasitismo, ensancha más la intervención endovenosa y precisa la aplicación de los elevadores del índice opsónico como de los hiperleucocitógenos, tales por ejemplo el iodo, algunos coloidales, el suero glucosado, etc.

Facilitada grandemente la observación de los leucocitos por su concentración, el estudio de la fórmula hemoleucocitaria en estas condiciones llegará con el tiempo y la experiencia a perfeccionarse en una proporción tal y para una utilidad aún insospechada, toda vez que se ven de más cerca y en número mayor los elementos más importantes con que cuenta el ser humano para defender su salud.

Por último, la determinación de la *fórmula hemoparasitaria*, constituirá en alta cirugía un dato del que no pueda prescindirse, como lo es la investigación del ácido dietilacético por ejemplo, para contribuir con un elemento más, esencialmente valioso, a asegurar el éxito de la cura que es lo que la humanidad y la buena ciencia desean.

Conclusiones

1.^a Existe un método muy sencillo y al alcance de todos para estudiar en grande escala los leucocitos de la sangre y los hemoparásitos.

2.^a El método consiste en disolver todos los hematíes y hematoblastos de una buena cantidad de sangre, dejando intactos a los leucocitos y a los hemoparásitos y reuniéndolos en un pequeño volumen por centrifugación.

3.^a El método ha dado los mejores resultados, facilitando grandemente el diagnóstico de muchas parasitemias.

4.^a Permite mejorar las condiciones del pronóstico y del tratamiento de las parasitemias y facilita la profilaxis de estas dolencias.

5.^o Nos hace clasificar la presencia de parásitos en la sangre, en tres grupos:

a) *Hematitis* en que el cultivo parasitario se hace

en la misma sangre como elemento primordial. (Hemoparasitismo activo).

b) *Microbiemias* en que el cultivo se hace en uno o varios órganos, viviendo los parásitos ocasionalmente en la sangre. (Hemoparasitismo indiferente) y

c) *Microbiemias latentes* en las que, en aparente estado de salud o en convalecencia de alguna dolencia, existen microbios inofensivos al parecer en la sangre, denominándose a los que tal hecho presentan «*Hemoportadores de gérmenes*». (Hemoparasitismo latente).

6.^a Los *hemoportadores de gérmenes* son individuos que deben ser sometidos a reglas de higiene, que preserven directa o indirectamente a sus semejantes de la acción del contagio (por animales hematófagos o por infección de las secreciones).

7.^a Por este método se establece con facilidad la *fórmula hemoparasitaria*, o sea la cantidad de hemoparásitos que existen en determinados volúmenes de sangre infectada.

8.^a Se estudia asimismo, con gran facilidad y precisión la *fórmula hemoleucocitaria*.

9.^a El estudio de estas dos fórmulas pone al tanto de las variantes de ataque del organismo por los parásitos como de defensa por los leucocitos, permitiendo seguir la curva científica de los más grandes procesos que caracterizan la salud o la enfermedad de la especie humana.

10. La existencia de *hemoportadores de gérmenes*, explica algunas infecciones tanto de orden médico como quirúrgico, cuya causa escapaba a toda observación por atenta que fuese.

11. La investigación del hemoparasitismo latente, por la facilidad suma que presta la técnica del método expuesto, debe ser practicada sistemáticamente antes de efectuar las grandes intervenciones quirúrgicas, a fin de evitar fracasos debidos a esta causa.

12. Comprobado el hemoparasitismo latente, debe el enfermo ser sometido a un régimen apropiado, del mismo modo que lo son los urémicos, los diabéticos o los acidóticos.

13. La facilidad y la experiencia ulterior puntualizarán cada vez más todo el provecho que se pueda sacar de él para el estudio del hemoparasitismo.

14. Lo mismo ocurrirá con las fórmulas hemoleucocitarias y su relación precisa y sistemática con determinadas defensas orgánicas frente a la infección, sea local o general.

Sobre un caso de Taquicardia

A 200 por minuto durante veinte días seguidos, tratado con el «Haptinógeno Neumo Méndez».

POR EL

DOCTOR ANTONIO MUT

Jefe del Dispensario de enfermedades del corazón del Instituto Rubio, de Madrid

Datos para la historia clínica de don E. M.

(Alumno de la Academia de Infantería.)

El día 17 de marzo, al terminar los ejercicios de instrucción, sintió repentinamente palpitations que, aunque muy violentas, no le impidieron continuar hasta el día 20 los mismos ejercicios; el día 21 ingresó en la enfermería por haber aumentado las palpitations, que continuaban el día 27 del mismo mes, en que llegó a Madrid.

El día 28 fué reconocido por el doctor Mut, en su consulta, prescribiéndole 10 gotas de solución de digitalina.

El día 1.^o de abril, además de la taquicardia (210 pulsaciones por minuto), empezó el enfermo a expulsar esputos sanguinolentos en gran cantidad, sin tos, dolores torácicos ni temperatura alguna hasta la fecha; este día fué visto también por el doctor Mut, apreciándole, además de la taquicardia, que ya se traducía por un estado de completa asistolia, disnea intensa, gran congestión en ambos pulmones, orinas muy escasas e insomnio. Este día, además de la digital, se le aplicaron inyecciones de aceite etéreoalcanforado, hipofisina y tomó 20 gotas de solución de adrenalina.

Día 2 de abril.—Continuaba en el mismo estado, por lo que se le practicó una sangría de 250 gramos, aplicándose ventosas secas en la espalda, dándole además Santeose y 25 gotas de la solución de digitalina.

Día 3.—Continúa lo mismo; únicamente aumentó un poco la cantidad de orina; los esputos continúan muy sanguinolentos y se repite la dosis de 25 gotas de digitalina.

Día 4.—Continúa lo mismo y se administran 15 gotas de solución digitalina.

Día 5.—El mismo estado; a las diez de la mañana acusa 38° de temperatura; se descubre un derrame pleurítico en el lado izquierdo que alcanza hasta la punta del omoplato, y en una punción de prueba se extraen unos 20 centímetros cúbicos de líquido serofibrinoso. Esa misma tarde sube la temperatura a 39,5° y se le inyecta una ampolla de *Haptinógeno Neumo «Méndez»*, tres centímetros cúbicos; digitalina, cinco gotas.

Día 6.—Por la mañana, 38°; continúan los esputos sanguinolentos, y la taquicardia, de 150 a 200 por minuto. Reconocido por la tarde, ha desaparecido el derrame pleurítico y se aprecia debajo un foco de condensación del parenquima, como asimismo existe otro

foco en el lado derecho, parte media e inferior de la espalda. Temperatura a las ocho de la noche, 38,5° y se inyecta otra ampolla de Haptinógeno Neumo, siguiendo con la digitalina a la dosis de cinco gotas.

Día 7.—Temperatura, por la mañana, 37°; pulso 120 (primer día que el pulso bajó); en el lado izquierdo el foco bronconeumónico ha desaparecido; en el lado derecho, aunque persiste, va entrando en resolución; temperatura, ocho de la noche, 37,5°; orina, en abundancia.

Día 8.—Sigue mejorando el estado general; la temperatura, durante todo el día no ha pasado de 37°; pulso, descendiendo, 100 pulsaciones por minuto; orina mucho; esputos completamente claros.

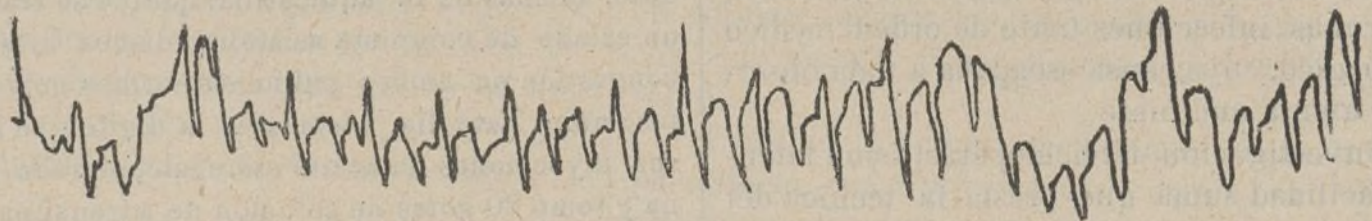
Día 9.—A partir de este día el enfermo ha vuelto rápidamente a su estado normal.

* * *

El primer día que vi a E. M. me impresionó dolorosamente. La región precordial era asiento de rapidísimas contracciones que más bien simulaban una continua vibración. La auscultación permitió contar mentalmente 210 contracciones. El pulso radial no se percibía en absoluto. Las yugulares estaban animadas de violentas pulsaciones. La disnea era extrema; la facies

Aún no era bastante esto; había que quitar resistencias, disminuir la carga, aligerar el peso... y se purgó al enfermo, se le sangró y se le administraron diuréticos, es decir, seguíamos luchando. Pero todavía no aparece la victoria; el enfermo orina poco, se edematiza y el líquido seroso que infiltraba todo el tejido celular, hace su aparición en la pleura, que se punza, dando salida a líquido claro. Focos básicos de macidez y chisporroteo hacen temible el edema pulmonar; los esputos son muy sanguinolentos; se enciende la fiebre... ¿Estaremos en presencia de una complicación inflamatoria aguda broncopneumónica, o será la misma congestión, la misma *fluxión de pecho*, iniciada ya en los primeros momentos, debida a la impotencia cardíaca, que se ha agravado quizá por despertar asociaciones estreptocócicas?

Un tío del enfermo, médico también, recién llegado de Buenos Aires, me habla de los notabilísimos resultados obtenidos con el *Haptinógeno Neumo Méndez* (cultivo puro del pneumococo) en los hospitales de aquella República en casos parecidos al actual, y no vacilo en permitir su aplicación inmediata, pero sin dejar el uso de la digital. El padre y tío del enfermo me hablan precisamente de esto: ¿se acumulará la digital? Yo no creo en eso, les contesto. Cuando la digi-



del enfermo, abotargada y cianótica, expresaba el temor y el sufrimiento. Aun así, en medio de esta situación, todavía tuve valor para sacar el adjunto cardiograma que reproduzco.

Recogiendo antecedentes supe que este joven había tenido dos accesos más de taquicardia paroxística, claros y evidentes; pero de mucha menor duración e intensidad.

El curso que siguió y la terapéutica empleada relatada va ya en la historia que antecede. Administré desde luego la digital guiado por mi fe ciega en este heroico medicamento y en sus virtudes bradicárdicas específicas; pero la asistolia se venía encima a tan grandes pasos, la dilatación del corazón a la derecha amenazaba tanto la vida del paciente, que ordené la hipofisina, el aceite etéreoalcanforado, la adrenalina, y preparada estaba la vena para inyectar estrofantina. Todo esto pronto, de prisa, había que reducir aquella fibra muscular que iba perdiendo rápidamente su tonicidad. Aquel corazón se rendía, no podía más con aquella carrera loca, desenfrenada, e iba a entregarse.

tal hace falta y se es prudente, no se acumula nunca.

A todo esto se han enviado al Laboratorio de Higiene Militar el recogido pleurítico, la sangre, creo que también los esputos, y los análisis dicen todos lo mismo: «No hay gérmenes.» Por consiguiente, las lesiones pulmonares no son infecciosas; son simplemente fenómenos de éxtasis circulatorio.

Por fin, tras de la segunda inyección de Haptinógeno Neumo «Méndez» y de siete días de tomar digital, de pronto una mañana encuentro al enfermo completamente transformado: el corazón late despacio, se percibe el pulso en la radial, el estado general es satisfactorio y en el transcurso de dos o tres días todo ha cambiado; pasó el temporal, se apaciguó la borrasca; el corazón se contrae lento, uniforme, sin soplos, sin aritmias; la tragedia no ha dejado ningún rastro; el paroxismo taquicárdico ha terminado.

Bien; cesó el cuadro alarmante que puso en inminente peligro la vida del enfermo; pero ¿y la causa? ¿Qué fué lo que motivó la inusitada y prolongada aceleración de los latidos cardíacos? Solicité del padre

del enfermo volver a reconocer a éste cuando ya hace su vida ordinaria y se dispone a volver a ingresar en la Academia de Toledo. Y en efecto, el enfermo acude de nuevo a mi consulta, encontrándose, según él, absolutamente bien. No hay signos subjetivos funcionales de ninguna especie. No cejo, sin embargo; le hago desnudar, ausculto... y encuentro: disminución del murmullo vacicular en todo el ámbito pulmonar izquierdo; a trechos, pequeños espacios más oscuros y densos a la percusión; vibraciones vacuales ligeramente aumentadas. Nada de esto es concluyente y demostrativo; pero es más de lo necesario para pensar, cuando menos, en una insuficiencia de este pulmón y aconsejar una radiografía. Obtenido esto en el Hospital Militar, demuestro, de modo que no dejo lugar a dudas, una infiltración que ataca toda la extensión del pulmón izquierdo, y además, masas ganglionares exactamente aplicadas a todo lo largo del borde derecho del corazón, hacia el hilio del pulmón.

¿Comenzamos ahora a ver claro? Si nosotros nos hubiéramos limitado a la asistencia durante el largo paroxismo, habríamos podido calificar el caso de *esencial*, puesto que, al parecer, ningún residuo había dejado la pesada tormenta. Nuestra creencia, sin embargo, de que no hay efecto sin causa nos determinó a buscar ésta (seguros de su existencia, aun cuando no de hallarla siempre), encontrándola en esos ganglios hipertrofiados, de naturaleza presumible, que, estimulando en cierto modo el pneumogástrico por contigüidad, inhibió sus fibras moderadoras, dejando en plena libertad de acción los nervios aceleradores. Para nosotros, esto es evidente.

Una última pregunta se ocurre a cualquier espíritu investigador, y es la siguiente: ¿Por qué, siendo la causa permanente—ganglios hipertrofiados—, los efectos son accesionales? Aparte de que en la función nerviosa lo característico es la intermitencia, y no la continuidad, no creo que sea niugún disparate suponer que el sistema nervioso ha de reaccionar según los momentos y periodos en que se halle la actividad linfocitaria y aun según las fases ligadas al anormal crecimiento y desarrollo del estroma ganglionar.

BIBLIOGRAFÍA

G. PITTALUGA.—*El problema político de la Sanidad pública.*

El nombre y la intensa labor de Pittaluga son familiares no sólo a los lectores de EL SIGLO MEDICO, sino al resto de la generación. Resultaría, pues, ridículo tratar de panegirizar o simplemente de presentar al ilustre maestro, y tiene, sin embargo, su carácter, una manifestación no por todos justipreciada: la laboriosidad.

Pero no es la laboriosidad adocenada del voluntarioso mediocre, con pretensiones de sabio, que

logra, o no, el fin que persigue, machacando constantemente sobre el mismo punto del yunque. No, es la laboriosidad intelectual e involuntaria que aumenta y se intensifica proporcionalmente a su aprovisionamiento cultural, y a la heterogeneidad de los asuntos.

Esta envidiable cualidad, que hace de Pittaluga un gran emprendedor, y que le acredita como incomparable organizador, no creo le haya reportado beneficio material de ninguna clase; pero sí algo que seguramente él aprecia más: la consideración y el respeto de cuantos pretendemos conocerle *a fondo*, de cuantos hemos convivido con él.

Y por si no estaba bien demostrada, hasta el presente, la justeza de mis apreciaciones, acaba de darnos Pittaluga una prueba más, y de incontrastable fuerza. Actualmente y sobre su habitual y abundante labor, tiene la del saneamiento de las regiones palúdicas de España; presidente de la comisión nombrada al efecto, sobrelleva cuantas chinchorrías técnicas y administrativas *guarnecen* el cargo, y a pesar de ello logra sus ratos de recreo intelectual, que dedica al estudio de problemas tan trascendentales como el que encierra el título del trabajo que acaba de publicar, cuya crítica intento, y que a la brillantez de estilo y a la plétora de ideas y soluciones bien orientadas que abarca, une algo tanto o más interesante, lo que puede servir de estímulo al mangoneo egoísta y sedentario de nuestra Sanidad.

* * *

Las primeras líneas del trabajo de Pittaluga son de gran desconsuelo, precisamente porque encierran una gran verdad; ha sido precisa la pavorosa conflagración europea para cotizar la vida humana, esto es, para darla un valor económico en el mercado político.

Esto es tanto más sensible por cuanto se materializa la cotización, hasta punto tal, que si Lamarck, Darwin y Linneo, levantasen la cabeza, los dos primeros se regodearían al ver en las ideas hoy sustentadas, una reflexión normal de las teopías por ellos sostenidas, y el tercero, Linneo, tragarasc su «homo sapiens» aunque no fuera más que para darse el gusto de... digerirlo.

A pesar de esto, nosotros a quienes la edad consiente *aún* ser optimistas, nos congratulamos de que, según Pittaluga y nuestras modestas apreciaciones, los gobernantes (claro es que no nos referimos a los españoles) se desvelen pensando en las soluciones de estos problemas de sanidad pública.

Ahondando en ellos, no cesan de encontrarse ramificaciones, engranajes con las ciencias médicas, con las sociales, y aun con manifestaciones sentimentales que, colectivamente recogidas y concentradas en una reglamentación oficial, constituyen al Beneficencia pública, la cual, analíticamente considerada, encuentra su cimentación en un sentimien-

to individual, la caridad, en cuyo desarrollo, a mi modo de ver, contribuyen tres factores: religión, educación y cultura. Y perdónenme los lectores y el autor del trabajo esta pequeña disgresión, hija de mis acendrados sentimientos.

Pittaluga diagnostica por exclusión el problema sanitario de problema político; hace un concienzudo estudio de la Higiene, de la, convencionalmente, llamada Sanidad pública, de la Medicina social, etcétera, estudio acabado de estas manifestaciones de la ciencia y de la sociología en sí, y en sus relaciones con las ramas congéneres del saber humano; y lo hace con la clarividencia que le caracteriza, con la precisión de datos de que, como nadie, puede disponer, con las miras altruistas y los esfuerzos de buena voluntad de que él es capaz.

Porque Pittaluga ha vivido y vive la Sanidad, y como cuantos con él la convivimos, ha tenido sus momentos de optimismo, de entusiasmo, de vacilación de desfallecimiento, de desengaño, y... quizás también de amargura; con la diferencia de que estos violentos choques del sentimiento que a los normalmente vulgares nos conducen al escepticismo, estimulan, acicatean la recia voluntad de Pittaluga, bien sustentada por una intelectualidad ultra-moderna, una vasta y envidiable cultura, y la inquietud de espíritu que le manifiesta constantemente como infatigable luchador.

Desmenuzar el trabajo de que me ocupo, constituiría, por mi parte, un atropello para el autor y para el lector; el primero sabe hace muchos años que cuenta con mi admiración, y el mejor favor que puedo hacer al segundo es callar, y recomendarle muy expresivamente la lectura de «El problema político de la Sanidad pública», si es que este transcendental asunto, siquiera sea en su concepto de mayor abstracción, le interesa.

* * *

El trabajo de Pittaluga es absolutamente convincente; está sostenido, aparte de una sólida documentación por elementos *suggestivos* que constituyen una de las principales características de su autor.

La última parte se dedica a esquematizar de un modo escrupuloso y completísimo lo que pudiera ser una organización sanitaria.

El plan es a base de la creación de un Ministerio, abarcando tres Direcciones generales: Sanidad, Asistencia y Previsión, e Higiene pública. A su vez, cada una de estas Direcciones comprende seis secciones:

Corresponden a la primera, la Sanidad interior, la exterior, Laboratorios e Institutos de Higiene, Servicios y productos farmacéuticos, Servicios veterinarios, e Ingeniería sanitaria.

A la segunda corresponden las Asistencias médica y farmacéutica, Hospitales, Instituciones de asistencia especializada, Instituciones y obras de beneficencia privada, y de previsión social, y seguros sociales.

Y, finalmente, a la tercera Dirección o sea a la de Higiene pública, corresponden las Eugénica, Puericultura, e Higiene escolar; Higiene urbana; Aguas potables; Higiene del trabajo; Higiene sexual; e Instituciones y propagandas.

Aparte de esto, deja al Real Consejo de Sanidad el asesoramiento de toda la labor legislativa, y respeta la independencia de las Comisiones contra la tuberculosis, contra el paludismo, y el Instituto del cáncer, admitiendo además, como muy probable, la organización de una sección administrativa, y de un organismo contable.

Todas estas secciones llevan meticulosamente especificada la divisibilidad y clasificación del trabajo, resultando un total tan completo, que el más exigente hubiera de sancionar.

Muy bien, las bases de organización sanitaria que presenta el ilustre maestro en su notable trabajo, serían firmadas sin vacilación por cuantos (grandes y chicos) navegamos en este borrascoso y turbio mar de la Sanidad pública. Es más; quizás fuera de este ambiente, surja alguna vez un político capaz de romper los achicharrados moldes clásicos, y adoptar una bandera de seguro éxito; pero mientras esto llega, tenemos que reconocer que Pittaluga se ha dejado llevar por las exquisiteces de un temperamento eminentemente idealista, y que para pensar en la reconstrucción del edificio de la Sanidad española, se le ha ocurrido ir a sentarse en la luna, y, claro es, lo primero que perciben los ojos de su poderosa imaginación es... el tejado.

VICTOR M.^a CORTEZO.

Periódicos médicos

MEDICINA

ENL ENGUA EXTRANJERA

I. **Acerca de la úlcera parapilórica, por el doctor H. Strauss.**— Por lo que se refiere al diagnóstico de la úlcera duodenal, se entiende en cuanto al diferencial con la gástrica, hay que reconocer que, prescindiendo de algunos casos raros, en los que el examen radioscópico es decisivo, en los demás carecemos de síntoma, y aun de síndrome patognomónico, que nos permita asegurar que el caso que examinamos es de úlcera duodenal.

Hace ya mucho tiempo que el autor tiene la idea de que para el tratamiento interno no tiene gran importancia que la úlcera esté colocada a uno o dos centímetros a la derecha o a la izquierda del píloro, y que prácticamente basta con el diagnóstico de úlcera parapilórica, que además se puede hacer muchas más veces que el de úlcera duodenal, propiamente tal. Pero también ha adquirido la convicción de que muchas veces se confunde una simple afección parapilórica con una úlcera.



En el caso de afección se encuentra el síndrome parpilórico, que cuando está completo y es característico permite distinguirlo con facilidad, aunque cada una de sus partes aisladas se preste a confusión. Como síntomas funcionales, fija Strauss la triada de excitación, que consiste en hiperestesia, hipersecreción e hiperomotilidad. A continuación discute el valor sintomático de cada uno de los eslabones de esta cadena. En cuanto a la hiperestesia, es más importante el dolor tardío y el dolor nocturno que el dolor de hambre.

F. Mendel ha afirmado que tiene gran importancia el dolor de percusión, porque en todos los casos demuestra la existencia de una úlcera, y que esta sensibilidad está localizada en el duodeno. Sobre esto no se puede emitir juicio hasta que se disponga de un material copioso de autopsias y biopsias. Pero lo que tiene gran importancia son las modificaciones temporales de la zona en que asientan los dolores determinados por la percusión. También concede Strauss una importancia considerable a un punto doloroso de la región parpilórica localizado mediante la radioscopia y a la defensa muscular.

La hipersecreción es para Strauss más importante que la hiperacidez sola, y no se refiere a la gastrosucorrea, sino muy principalmente a la forma digestiva de esta hipersecreción. Según sus investigaciones, dos tercios o tres cuartos de todos los casos de hipersecreción corresponden a afección parpilórica, y de estos casos la mayoría son de úlcera.

La hipersecreción digestiva se puede determinar con mucha facilidad determinando el cociente de estratificación, y merece para el diagnóstico una atención mucho mayor que la hiperacidez, cuya importancia de todos modos no por esto se debe despreciar.

Hipermotilidad y espasmofilia.—De los síntomas motores de excitación parecen los más importantes para el diagnóstico los espasmos pilóricos con sus consecuencias; entre ellas se puede asegurar la hipertrofia del píloro, observada algunas veces por Hart en casos de úlceras del duodeno, y también merece citarse la hipermotilidad del duodeno con las ondas que son visibles incluso en el cuerpo del estómago y curvadura menor, así como la permanencia en el estómago durante tiempo superior al normal de la papilla.

Todos estos síntomas de excitación dependen de que la región pilórica es el sitio donde se encuentran los puntos de partida de reflejos sumamente sensibles. El desplazamiento del píloro y del duodeno hacia la derecha puede ser debido a afecciones extrañas al estómago y al duodeno.

Aun cuando se llegue a encontrar el síndrome típico de la región parpilórica, no siempre se trata de una úlcera; las autopsias demuestran cómo a veces un proceso gastrítico está localizado exclusivamente en la región yuxtampilórica. Esta gastritis parpilórica es para el autor idéntica a la gastritis inferior de Raymond; se caracteriza por hipersecreción de modo, primero; hiposecreción del mismo, después; hipersecreción refleja (de jugo) de la parte superior del estóma-

go, dolor tardío y puntos dolorosos en el lado derecho.

En cuanto a la importancia de las hemorragias ocultas es claro que cuando existen constituyen un síntoma importantísimo; pero también lo es que faltan en muchos casos en los que indiscutiblemente existe úlcera. Muy pocas son las veces que una marcada alteración de forma permite hacer el diagnóstico de úlcera duodenal.

La úlcera prepilórica se confunde muchas veces con afecciones de gastritis, con alteraciones psíquicas, reflejas o de la serosa.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, está indicado cuando las lesiones anatómicas son muy alterantes, en los casos de perforación; no se debe emplear en los casos de hemorragias muy fuertes, y si son de mediana intensidad habrá que establecer la indicación según los casos. Está indicado también en los casos que resisten al tratamiento médico mucho tiempo empleado.

A pesar del tratamiento quirúrgico, los enfermos sometidos a él deben serlo durante cierto tiempo al tratamiento médico, porque la operación no evita la propensión a padecer úlceras, y, por lo tanto, la posibilidad de la recidiva, tanto, que para el porvenir será muy interesante el estudio de lo que se ha llegado a llamar diatesis ulcerosa para no someter a intervenciones a los enfermos en quienes haya motivo para esperar recidivas.—(*Die Therapie der Gegenwart*, noviembre de 1920.)

CIRUGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Indicaciones y técnica de la anestesia troncular del nervio dentario inferior, por J. Bercher.—

Las ventajas de la anestesia de los troncos nerviosos sobre la anestesia general y la local, por sus perfectos resultados y por no presentar ningún peligro, se utilizan cada vez más por los cirujanos que operan en las cavidades de la cara. Las tres ramas del trigémino, el nervio sensitivo de la cara, son accesibles al bloqueo anestésico. En las intervenciones dolorosas sobre el maxilar inferior (extracciones difíciles de molares, pulpectomías, raspado de focos de osteitis, etcétera) es de un gran resultado la anestesia del nervio dentario inferior, del cual depende la sensibilidad de toda esta región. Este tronco nervioso penetra en el cuerpo del maxilar, a nivel de la *espina de Spix*, que recubre el orificio posterior del canal dentario; éste es el punto que hay que alcanzar para obtener la anestesia total de la rama horizontal y del ángulo del maxilar inferior. Conociendo bien los datos anatómicos correspondientes, se practica sin dificultad la anestesia del nervio dentario inferior, cuya técnica es como sigue: el índice izquierdo determina el labio anteroexterno de la rama ascendente del maxilar y después, siguiendo el canal retromolar, busca la cresta pósterointerna (a 1 centímetro, aproximadamente, de la pre-

cedente). Allí deberá introducirse la aguja, a 1 centímetro por cima del plano de los molares inferiores; la aguja después, de atravesar la mucosa, toca la cresta interna, y la mano del operador percibe entonces el contacto óseo; *este contacto no deberá ya perderse*. Para ello, es preciso dirigir la aguja oblicuamente de delante a atrás y de dentro a fuera, paralelamente a la orientación de la cara interna de la rama ascendente del maxilar. Según los individuos, el pabellón de la aguja estará al nivel del canino o al de los premolares del *lado opuesto* al de la inyección. Así dirigida, la punta de la aguja, penetrará 1 centímetro aproximadamente, conservando siempre el contacto óseo; cuando alcance los 10 o 12 milímetros de profundidad, estará en buena posición y la solución se podrá inyectar, *siendo el éxito seguro*. Puede utilizarse como anestésico, la cocaína o sus derivados; las ampollas utilizables para la anestesia local, pueden también emplearse para la troncular. Se necesitan unos 4 centímetros cúbicos de anestésico para lograr una buena anestesia; pero ésta no es más que una dosis media, que puede aumentarse sin temor hasta los 10 centímetros cúbicos. La infiltración completa del tronco nervioso tiene lugar en cinco a quince minutos, y se conoce explorando la mucosa gingival; la duración de la anestesia es variable, según la dosis inyectada, oscilando entre treinta minutos y tres horas.—(*Paris Medical*, núm. 36; 4, septiembre, 1920).—*E. Luengo*.

2. Patogenia y anatomía patológica de las hernias epigástricas, por M. Barthélemy.—En estos últimos años Barthélemy ha observado y tratado trece enfermos con hernia epigástrica. Todos ellos eran adultos jóvenes, con una hernia pequeña localizada constantemente a nivel del tercio medio de la línea xifumbilical, que hacía su aparición en general durante la adolescencia y era notada un día por el enfermo, sin que fuera posible precisar su comienzo exacto.

Con motivo de las fatigas de la guerra o de marchas penosa el pequeño tumor se hacía doloroso, ya a la presión, o al toser o por un esfuerzo.

Al practicar la intervención se observaron los siguientes: el examen del orificio interno permite reconocer al nivel de la parte superior de este orificio la adherencia constante del cordón de la vena umbilical, ligamento redondo del adulto y, por consiguiente, del ligamento falciforme.

La parte anterior del ligamento falciforme tira del hígado independientemente de los movimientos respiratorios, y a veces parece que el hígado está basculado hacia adelante.

Las tracciones determinadas en esta viscera por la adherencia del ligamento redondo al orificio herniario permiten explicar los trastornos ocasionados por la hernia.

La producción de esta hernia parece estar favorecida por una disposición determinada de la fascia umbilicales, laminilla fibrosa que cuando está bien desarrollada está constituida por una serie de fibras transver-

sales que se aplican sobre la cara externa del peritoneo parietal y se pierden lateralmente en la cara posterior de la vaina de los rectos, pasando a modo de puente por cima de la línea blanca, de la que están separadas por grasa y por el cordón de la vena umbilical.

Esta fascia puede presentar tres aspectos diferentes:

1.º Se encuentra por cima del anillo umbilical y sin ninguna relación con él.

2.º Llega al nivel del anillo umbilical, en cuyo caso puede favorecer la producción de dos variedades de hernias umbilicales indirectas; si la fascia deja descubierto el anillo, el reborde inferior cortante de la misma levanta el peritoneo, formando, sea un pliegue saliente de concavidad inferior, sea un verdadero divertículo, en el que puede albergarse una hernia umbilical properitoneal. Si la fascia recubre el anillo, descendiendo hasta su borde inferior, al cual se adhiere, el reborde superior de la misma puede a su vez elevar el peritoneo y crear un divertículo abierto por arriba que conduce al obliquo; éste es el canal umbilical de Richet, por el cual puede formarse una hernia umbilical indirecta,

3.º La fascia recubre por completo el anillo umbilical y se adhiere a su contorno, protegiéndole contra las hernias. Consecuencia de esta adherencia, el cordón de la vena umbilical se encuentra estrechamente aplicado contra la pared, en una longitud de varios centímetros por cima del ombligo; pero a partir del punto en que la fascia se interrumpe, la vena umbilical se separa de la pared, elevando el peritoneo, formando al mismo nivel el borde superior de la fascia un pliegue saliente de concavidad superior, que puede constituir un divertículo que conduce a la pared por cima del ombligo, pudiendo formar una hernia que es el tipo corriente de las hernias epigástricas.

La cura radical de la hernia epigástrica exige la resección de la adherencia del ligamento redondo, único modo de evitar las recidivas.—(*Lyon Chirurgical*, tomo XVII, núm. 2, marzo-abril 1920).—*E. Luengo*.

3. Necrosis de la lengua de un niño por contacto con enchufe eléctrico, por el doctor G. Klemperer.—Refiere el autor el caso para evitar, en lo posible, que se repitan otros iguales. Se trata de un niño, de once meses, que encontró en el suelo un flexible de luz eléctrica en el que había un enchufe. Le introdujo en la boca con tan mala fortuna, que estableció con la lengua el contacto entre los dos polos; dió un grito al que acudió la madre, que sacó de la boca de su hijo el enchufe en cuestión. Al poco tiempo la lengua se hinchó de tal modo, que la respiración y la deglución se hicieron difíciles. A los dos días la hinchazón disminuyó; pero la parte anterior de la lengua adquirió un color gris amarillento y se formó una línea de demarcación que atravesaba aproximadamente la parte media del órgano. Al cuarto día, la mitad anterior de la lengua se desprendió dando lugar a una gran hemorragia de la que el niño hubiera fallecido, a no ser

porque se encontraba cerca un médico que, después de hacer un taponamiento insuficiente de la herida, condujo al niño sin pérdida de momento a una clínica quirúrgica, donde pudo ser tratado como requería. Se encontraba entonces la criatura pálida como la cera y casi sin pulso. Con gran cuidado se la pudo sacar adelante, y hoy, que han transcurrido tres meses del accidente se encuentra bien, y hace intentos de hablar. Hasta ahora sólo ha conseguido pronunciar vocales y sonidos inarticulados (*Die Therapie der Gegenwart*, enero de 1921).

EN LENGUA ESPAÑOLA

4. Fístula biliar total por herida del hepatocoloco. Operación para restablecer el curso de la bilis.—El doctor D. Alejandro Ceballos ha presentado a la Sociedad de Cirugía Argentina la siguiente historia clínica:

M. S., cuarenta y dos años, española, quince años de residencia. Ingresa en el Hospital Alvarez.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia; sana hasta los treinta y cinco años. Ha tenido cuatro hijos y un aborto.

Desde los treinta y cinco años ha sufrido de ataques que le diagnosticaron *cálculos al hígado*; los ataques comenzaron después del último embarazo. Se repitieron con frecuencia el primer año cada quince días o un mes. El régimen que seguía en el Tandil no la mejoró.

Tuvo ictericia durante un mes y decoloración de las materias; luego mejoró; posteriormente los ataques se espaciaron para volver más frecuentes en los años subsiguientes. Adelgazó, y no sintiendo mejoría sino pasajera, le aconsejaron la operación. Fue operada en el servicio que estuvo a mi cargo en el Hospital Alvarez; se le hizo una ectomía de la vesícula en noviembre de 1918; la fístula se estableció a los pocos días y luego se hizo total; decoloración de materias, adelgazamiento y sed continua.

Operación (Marzo 20 de 1919): Anestesia éter, posición de Elliot, resección de la cicatriz anterior que se prolonga hasta por debajo del ombligo. Abierto el peritoneo se desprenden algunas adherencias a la pared; la vesícula ha sido extirpada; el pequeño omento retraído se explora bien; basculando el hígado se nota hacia la parte superior de la herida el punto por donde sale bilis, se toman con una pinza los bordes del conducto y se le disecciona hacia arriba, se le ve seccionado alto a 3 centímetros de su constitución por dos canales. Se pasa un punto por el borde interno con catgut crómico, otro por el externo y dos más: uno anterior y otro posterior. Se moviliza ligeramente el duodeno, colocamos un punto de catgut seroseroso en jareta y en el centro perforamos la pared por transfixión; introducimos una sonda Nelatón núm. 14 y hacemos atravesar un trayecto de 8 centímetros por la luz duodenal, haciéndola pasar de adentro afuera en el punto correspondiente a donde ha de ser anastomosado el

hepático. Penetrada la sonda en el hepático se le fija con un punto al canal, y se pasan los puntos primero al duodeno y se anudan. Se cierra la jareta que se puso por donde se introdujo la sonda de manera a fijar ésta y se le saca al exterior por la herida operatoria, fijando el duodeno a la pared. Se drena y cierra la pared como usualmente.

Consecuencias operatorias excelentes: la bilis sale totalmente al exterior; a los seis días se quita la sonda; sale bilis por la pequeña fístula y las materias se coloran; a los doce días se cierra por completo la herida y no sale bilis.

La enferma se levanta pronto y deja el hospital sin inconvenientes ninguno.

La herida y fijación del duodeno a la pared no amenaza con hacerse fístula; se cierra con facilidad como lo he observado en este caso y en otro en que por una perforación aguda de úlcera hice una duodenostomía por el método de von Eisselberg y que también curó sin incidentes.—Prensa Médica Argentina, Buenos Aires, 20-8-920).

TERAPÉUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Una terapéutica feliz de las blenorragias crónicas en clientela, por Ed. Soubirou.—El tratamiento de la blenorragia crónica estriba en estas tres condiciones: 1.^a, es preciso vaciar de las criptas, glándulas y fondos de saco los focos microbianos; 2.^a, destruir el gonococo, agente principal, y las asociaciones polimicrobianas; 3.^a, evitar el aumento de la esclerosis, primera fase de la estrechez.

Estas condiciones se cumplen con la técnica siguiente: inyecciones diarias de ocho centímetros cúbicos de iodeol, y mientras el enfermo, por simple presión del meatro urinario, conserva el líquido inyectado, se practica el masaje prostático, seguido de presiones de la uretra entre el pulgar y el índice y en sentido posteroanterior.

Hacia la quinta o sexta inyección se administran seis cápsulas de santal por día hasta la curación, terminando el tratamiento por dos grandes lavados con una solución de subacetato de plomo al 1 por 100.

En 100 casos ha obtenido el autor 85 curaciones y 15 recidivas con gota sin gonococo, que cedieron a dos o tres lavados con subacetato de plomo.

El tratamiento no ha durado en ningún caso más de veinticinco días, y es absolutamente indoloro.

El masaje vacía el utrículo prostático y la presión uretral exprime el contenido de los canales glandulares; la inyección masiva de iodo distiende el canal, desplegándole y facilitando la penetración del iodo coloidal muy difusible, indoloro, no irrita el epitelio y es en alto grado diafiláctico y bacteriótropo; tal vez es también catalítico para las toxinas microbianas.

El santal, empleado paralelamente al iodo coloidal, acelera la curación, pareciendo acrecentar la actividad microbiana de este último.

En cuanto al subacetato de plomo, es un astrigente de primer orden, un antiséptico que seca perfectamente el exudado seroso o gonocócico y favorece la reconstitución de un epitelio joven, revistiendo el canal de una verdadera película protectora.—(*Gaz. Hebd. des Sc. Med. de Bordeaux*, núm. 28, 11 julio 1920.—*E. Luengo*).

2. Valor terapéutico de las inyecciones intravenosa de soluciones hipertónicas de glucosa en el curso de las nefritis azotémicas, por F. Rathery y M. Boucheron.—Las inyecciones hipertónicas de glucosa han sido preconizadas como agentes extremadamente activos de diuresis en el hombre.

Las experiencias practicadas y los hechos recogidos por numerosos observadores permiten concluir que la inyección hipertónica de glucosa en el animal sano produce una diuresis muy abundante y casi inmediata, caracterizada por modificaciones típicas del epitelio renal, que son transitorias y traducen la actividad del parenquima renal; que estas inyecciones han dado en un cierto número de casos en el hombre resultados excelentes, restableciendo una diuresis amortiguada.

Se emplea una solución al 300 por 1.000, esterilizada, y se practica la inyección muy lentamente (media hora para medio litro): con frecuencia sobreviene durante la inyección un poco de opresión, una ligera angustia cardíaca, en cuyo caso hay que detenerse unos minutos y continuar en seguida.

Los autores han tratado de remediar una diguria persistente en enfermos nefríticos crónicos, practicando en ellos, sometidos previamente a un régimen fijo, las inyecciones hipertónicas de glucosa, y del examen de las tres observaciones que publican se desprende que en los individuos con azotemia pronunciada la inyección intravenosa de 250 centímetros cúbicos de solución hipertónica de glucosa, no solamente no ha producido ninguna diuresis, sino que ha provocado una disminución clara de ésta, con desinfunción de la urea, del nitrógeno total urinario y elevación de la azotemia. Si la inyección intravenosa de glucosa da buenos resultados en los individuos con riñón intacto, están, en cambio, contraindicadas en las nefritis uremigenas.—(*Paris Medical*, núm. 29, 17 julio 1920).—*E. Luengo*.

3. El humo del tabaco como desinfectante de la boca, por el profesor Vittorio Puntoni.—Aún esta sin resolver, si el indiscutible poder bactericida que el humo del tabaco posee *in vitro*, sobre los más variados microbios, tiene lugar también en la cavidad bucal y además, como algunos han pretendido, en los pulmones, a consecuencia de su aspiración y en el intestino a consecuencia de su deglución. Puntoni ha estudiado experimentalmente esta cuestión y, desde luego, comprueba el poder microbicida del humo del tabaco (de cigarros Toscanos, cigarrillos Macedonia y tabaco Trinciato, fuerte, primera calidad) *in vitro*, matando al *V. colérico*, meningococo y *B. de Pfeiffer* al cabo de cinco minutos; al bacilo tífico y al diftéri-

co, de diez a quince minutos y al estreptococo y estafilococo de veinticinco a treinta. Sin embargo, este notable poder desinfectante que se ejerce *in vitro* por el humo del tabaco, no parece tener lugar con la misma intensidad en la boca de los fumadores. Puede admitirse, que todo lo más, puede manifestarse en la boca una acción bactericida sólo cuando se fume una cantidad muy grande de tabaco y solamente para los gérmenes resistentes (meningococo, *V. colérico*); pero quedan indemnes todos aquéllos cuya resistencia sea igual o mayor a la del bacilo tífico y, por tanto, es absurdo pensar que la acción bactericida del humo, llegue a tener lugar en el árbol respiratorio a consecuencia de la aspiración. El poder desinfectante está en relación con el peso de tabaco empleado y lo mismo obran los cigarros comunes, que los desnicotinizados. El humo del tabaco, perfectamente filtrado y privado así de toda la nicotina, conserva todavía una notable acción bactericida. Las sustancias bactericidas contenidas en el humo filtrado, son solubles en el agua y de ellas, una destilable a 100°, e identificable como formal debido; la otra, no destilable, está constituida por el pirrol, cuya acción bactericida como componente del humo del tabaco, hasta hoy desconocida, es notable. Estos dos elementos, formaldehído y pirrol, contribuyen, pues, con la nicotina a la acción desinfectante del humo del tabaco.—(*Anuali d'Igiene*, número 8; agosto, 1920).—*E. Luengo*.

APARATO DIGESTIVO EN LENGUA EXTRANJERA

1. La deficiente secreción tiroidea como un factor etiológico en las úlceras gástrica y duodenal y en los estados de hiperacidez, por J. Katz.—Bien conocida es la relación que los trastornos de las secreciones internas guardan con muchas afecciones y entre ellas, con las del tubo digestivo. En este corto trabajo, refiere el autor cuatro casos de úlcera y de hiperacidez gástrica, que mejoraron y curaron con la administración del extracto de glándula tiroidea.—(*Medical Record*, vol. 97, núm. 22; 29, mayo, 1920).—*E. Luengo*.

2. Salida espontánea de líquido céfalorraquídeo por las fosas nasales, por el doctor Constantino.—Se trata de un suboficial francés, de treinta y cinco años, sin ninguna tara personal ni hereditaria, el cual en los mediados de mayo de 1918, fué atacado bruscamente de hidrorrea nasal, extremadamente abundante y que sobrevino sin traumatismo violento, sin esfuerzo brusco, sin estornudo violento, ni defecación laboriosa. La salida se verifica gota a gota y solamente por la nariz derecha, a razón de unas 50 gotas por minuto, o sean unos 860 centímetros cúbicos en las veinticuatro horas. En posición horizontal, cesa la salida y el líquido se deglute por el enfermo sin perturbar su sueño. Nada se observa al examinar las fosas nasales. Orina normal; presión sanguínea normal; no hay hidrocefalia, ni trastornos mentales, ni hemia-

nopsia ni éxtasis papilar. Alfación normal. El líquido, presenta la composición química normal del líquido céfalorraquídeo. La punción lumbar, no revela que exista hipertensión y la inyección intrarraquídea de 1 centímetro cúbico de una solución muy débil de fluoresteina, fué seguida de la aparición al cabo de hora y media en la nariz de las primeras gotas fluorescentes. ¿Se trata en este caso de una hipertensión de los espacios subaracnoideos anteriores, localizada solamente en esta región? ¿Se trata de una malformación congénita, con detención del desarrollo del etmoides y presencia de encefalocele frontal, o se debe preferir la opinión de M. Souques, que admite la existencia de una comunicación fetal entre el ventrículo arterial y el lóbulo olfatorio anterior? Bajo la influencia de una causa desconocida, se produciría una hipertensión, que aunque momentánea, restablecería la comunicación fetal entre el ventrículo lateral derecho y el bulbo olfatorio, en cuya cara inferior nacen los nervios olfatorios que atraviesan la lámina cribosa.—(*Rev. de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, número 14: 31, julio, 1920).—E. Luengo.

3. ¿Por qué falta a veces la retracción de la pared abdominal en las apendicitis destructivas?—En un artículo publicado con este título en *Deutsche Medizinische Woch.* (Núm. 26 de 1920), dice A. Krecke, en resumen, lo siguiente:

La contracción refleja de la pared abdominal (defensa muscular) es el mejor síntoma para reconocer la apendicitis en forma grave. La falta de esta retracción en las formas de apendicitis destructiva, se explica porque el apéndice en tales casos se halla colocado hacia la pared posterior del vientre, detrás del ciego o de un asa del intestino delgado.

Aun cuando falte la defensa muscular, es reconocible la apendicitis. Los síntomas más seguros, son: 1.º, que el pulso, en los adultos, dé más de 100 latidos; 2.º, los vómitos repetidos; 3.º, la persistencia más de un día de la elevación térmica; 4.º, los dolores intensos; 5.º, el que el número de leucocitos pase de 15.000. Aunque falten algunos de estos síntomas, con sólo dos que existan, es muy de presumir que se trate de una apendicitis destructiva sin retracción de la pared abdominal.—L. P.

DERMATOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Los sabañones y los rayos ultravioleta.— Los doctores Angel y Víctor Marín Corralé dicen en *Heraldo de Aragón*, refiriéndose a la cura de los sabañones:

«Teniendo en cuenta que los rayos ultravioleta son muy fácilmente absorbidos por la piel, y una vez está sometida a la acción de aquéllos, se aumenta en ella la circulación sanguínea por la propiedad reguladora del «tono vasomotor» que dichos rayos poseen sobre los vasos capilares y pequeñas arteriolas y venillas,

se ha pensado utilizarlos para el tratamiento de los sabañones. Ya que esta enfermedad se presenta, como decíamos antes, en las personas que tienen deficiente circulación sanguínea periférica y el tono vasomotor alterado.

El doctor Oscar L. Levin, de New York, ha empleado los rayos ultravioletas en varios casos de sabañones ulcerados con felicísimo resultado.

Rápidamente desaparecen los dolores, el picor y demás molestias, cicatrizándose las úlceras en pocos días.

Nosotros hemos tratado también los sabañones por los rayos ultravioleta, siguiendo la técnica del doctor Levin, y hemos comprobado los excelentes resultados que aquel afirma obtener.

Hemos podido apreciar la rápida modificación de las lesiones, notando los pacientes un gran bienestar en las regiones donde pocas horas antes sentían grandes molestias producidas por los sabañones.

PSIQUIATRIA

LENGUA EXTRANJERA

1. El asincronismo de los movimientos palpebrales como signo de cansancio mental, por Uberto Dutto.— En esta breve nota el autor dice haber observado el asincronismo de los movimientos palpebrales en mujeres con estigmas histéricos cuando se hallaban en estado de tensión psíquica, disminuida por fatiga intelectual.

Asimismo lo ha observado en niños nerviosos de ocho a catorce años, que frecuentaban la escuela.

Recientemente se ha visto claramente en un niño de trece años, de vivísima inteligencia y gran afán por saber.

Este síntoma deberá sumarse a todos aquellos de disociación que se observan frecuentemente en los psicasténicos, y que acompañan a los más variados fenómenos funcionales aritméticos, y puede tener una cierta importancia desde el punto de vista pedagógico primero, como índice de fatiga intelectual y como consecuencia, como una advertencia útil para no forzar la atención de los niños en la enseñanza.—(*Rivista Ospedaliera*, núm. 8, 30 abril 1920).—E. Luengo.

OFTALMOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Sobre el albinismo del ojo en relación con las leyes de herencia, por W. Jablonski.—Conclusiones:

1.ª El albinismo puede ser completo, incompleto o parcial.

2.ª El albinismo del ojo generalmente se acompaña de otras anomalías del órgano, como hiperopia, miopía y astigmatismo.

3.ª El albinismo quizás deba ser considerado como estigma de degeneración.

4.ª El albinismo es hereditario; pero no está de-

mostrada la existencia, como se ha afirmado, de una raza o pueblo de albinos.

5.^a Para la investigación del modo de transmitirse el albinismo se ha atendido a las leyes de Mendel.

6.^a Davenport ha tratado de demostrar que el albinismo se transmite conforme a estas leyes como un simple carácter regresivo.

7.^a Los casos presentados, las observaciones de Lutz y Lang, y, sobre todo, el resultado de los experimentos en la cría de perros hechos por Pearson, Nettleship y Usher, prueban que en la transmisión, además de las citadas leyes, intervienen otros factores.

8.^a Se debe evitar la forzada acomodación de los hechos al esquema de las leyes de Mendel.—(*Deutsche Med. Woch.*, núm. 26 de 1920).—L. P.

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Inmunidad vaccinal. Enfermedad crónica. Curación por la vaccinoterapia. (Estudio experimental) por H. Dufour.—Desde hace un año estudia el autor experimentalmente el desenvolvimiento de las formas crónicas de las enfermedades infecciosas en los animales en estado de inmunidad contra los accidentes mortales de estas mismas infecciones, así como también la vaccinoterapia, que se ha de oponer a estos estados crónicos.

Para sus experimentos se sirve de un bacilo paratífico B muy fijo, que mata invariablemente al conejo por inyección intravenosa a la dosis de 1 por 10 de cultura en gelosa de 24 horas, diluida en 10 c. c. de suero artificial. La vacunación contra la dosis mortal se obtiene por un procedimiento que permite la extracción de la vacuna aún no absorbida. Consiste en encerrar la vacuna en un saco orgánico formado por una porción de intestino de conejo normal, ligada por sus dos extremos y abandonada en la cavidad abdominal.

Fueron vacunados dos conejos por este procedimiento, y los sacos intestinales no fueron retirados. Seis semanas después de esta vacunación, los conejos recibieron en las venas una dosis mortal de cultura viva; resistieron perfectamente. Transcurrido un mes, sobrevino la demacración y se presentó parálisis del cuarto trasero, que se fué acentuando durante otro mes, hasta que un día estos animales volvieron a recibir en las venas una segunda dosis mortal de cultura. A partir de esta segunda inyección, su estado mejoró y se curaron.

Un organismo seriamente inmunizado puede, pues, conservar gérmenes capaces de engendrar una forma crónica, y puede ser librado de ellos por una supervacunación. La deducción parece ser la siguiente: Si después de la curación de una enfermedad aguda se presentan los síntomas de la enfermedad crónica, podrá ser practicada en ciertas condiciones la vacunación con gérmenes vivos más activa que las vacunas muer-

tas.—(*Le Progrés Medical*, 29 de enero de 1921).—L. P.

2. Tratamiento de la erisipela por el calor.—

Este método terapéutico está basado en la acción del calor sobre la vitalidad de los *cocci*. Modinos cita la observación particularmente demostrativa de un enfermo afecto de erisipela grave, curado por este procedimiento después de haber fracasado los demás tratamientos locales y generales. La técnica empleada es la siguiente: la espiga más larga de un termocauterio es acercada a la placa erisipelatosa, y paseada sobre ella a una distancia aproximadamente de un centímetro, durante diez minutos. La sesión se repite dos veces al día. Modinos dice haber obtenido muy buen resultado siempre.—(*Gazette des Praticiens*, 15 de enero de 1921).—L. P.

3. Resultados lejanos del tratamiento de las tuberculosis externas por la helioterapia.—

Cazin ha presentado en la Academia de Medicina de París una serie de documentos fotográficos relativos a los resultados duraderos obtenidos por Rollier en el tratamiento de las tuberculosis externas mediante la helioterapia asociada a la cura por el trabajo manual. En oposición con lo que generalmente se cree, las curaciones son completamente duraderas. En la mayor parte de los casos se trataba de enfermos que habían llegado a la clínica en estado casi desesperado, y que habían salido curados; revisados diez, doce y quince años más tarde, a pesar de que algunos se dedicaban a trabajos muy fatigosos, se les encontró en perfecto estado.

Esta cuestión de los resultados distantes tiene especial interés, porque se relaciona estrechamente con el porvenir de los enfermos afectos de tuberculosis quirúrgicas, a los cuales, en vez de condenarles a la ociosidad, conviene prepararles por un trabajo manual bien reglamentado para la vida activa y normal.—(*Gazette des Hopitaux*, 10 de febrero de 1921).—L. P.

4. Las variaciones patológicas de la velocidad de propagación de la onda pulsátil arterial y su valor semeiológico, por Laubry, Mougeot y Giroux.—Como resultado de sus observaciones, formulan los autores las leyes siguientes:

1.^a La velocidad de la onda pulsátil varía proporcionalmente con la tensión arterial, y las modificaciones de la velocidad están en relación con la tensión sistólica.

2.^a Cuando cesa de existir relación entre la velocidad de la onda y la tensión sistólica, casi siempre se presentan síntomas de desfallecimiento cardíaco; en otros términos, la disminución de velocidad, permaneciendo iguales las demás condiciones, debe ser considerado como signo de insuficiencia ventricular izquierda.

3.^a La pérdida de elasticidad arterial imprime a la velocidad modificaciones tan manifiestas que resulta asincronismo radiofemoral por presión femoral, signo importante para el diagnóstico de las aortitis abdominales.

4.^a Las modificaciones bruscas y localizadas del calibre arterial (retracción arterial pura, aneurisma) ejercen clara influencia sobre la velocidad, que disminuye.

5.^a Las relaciones de la velocidad pulsátil arterial con el tono vascular han sido estudiadas en los cardíacos inestables, especialmente en los basedowianos. Los resultados han sido inconstantes: ya la velocidad es normal, o ya los resultados varían en sentido opuesto. Los autores explican la inconstancia de los resultados invocando la patogenia, aún muy confusa, de la enfermedad de Basedow.—(*Le Progrés Medical*, 29 de enero de 1921).—L. P.

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

Boletín de la semana

Nuevos catedráticos.—Sensible pérdida.—Conferencia general de comunicaciones y tránsito.

Después de empeñados y brillantes ejercicios, han sido propuestos por los respectivos tribunales de oposición para las cátedras de Historia crítica de la Medicina y de enfermedades de los niños en la Facultad de Medicina de Madrid los doctores García del Real y Suñer (D. Enrique), ambos procedentes del claustro de la Facultad de Medicina de Valladolid. El primero de dichos señores recibe por tercera vez, y previa oposición, el honroso título de catedrático; el segundo, que desempeñaba igual asignatura, y que ha escrito un ya famoso tratado de la especialidad, es bien conocido dentro y fuera de España. A ambos nuestra más cordial enhorabuena, extensiva a la Facultad de Madrid, que parece que comienza a restañar las pérdidas que en su profesorado se advierten y que se encuentra necesitada de refuerzos como el que actualmente recibe.

Seríamos injustos si no dedicáramos, ateniéndonos a referencias que consideramos irreprochables, una mención a los opositores Sres. Bravo (don Juan), Villaverde y Albiñana, que han sostenido con laudable esfuerzo la honrosa lucha con sus afortunados contendientes. Esta es y será siempre la ventaja del sistema de la oposición, que en él, cuando lealmente se realiza, hay vencedores, pero no vencidos.

La Real Academia Nacional de Medicina ha sufrido una reciente y sensible pérdida: uno de los representantes en ella de la Facultad de Farmacia, el que era en ésta su ilustre decano, D. Blas Lázaro e Ibiza; ha fallecido cuando aún eran de esperar de sus extraordinarias facultades nuevas pruebas de gloria para la ciencia nacional. En la sesión necrológica celebrada el miércoles 2 hicieron resaltar en elocuentes discursos las prendas de su tan modesto como eximio colega los Sres. Cortezo, Bayod, Mariscal y Carracido. Verdaderamente,

las condiciones científicas y personales del señor Lázaro eran de las que, si no han tenido un brillante premio durante la vida, merecen ser exaltadas, recordadas e imitadas en lo posible después de la muerte. Tener un renombre europeo, como botánico ilustre, y no hacerse notar en su país por una modesta tendencia a la tranquila serenidad de la vida, no es condición muy frecuente en estos tiempos de las sonoridades huecas y de las hiperbólicas alabanzas. Lázaro Ibiza era un sabio muy español y muy modesto; reciba como tal nuestro saludo de momentánea despedida.

—o—

Parece que en Barcelona va a celebrarse, bajo la presidencia del famoso historiador y hombre de Estado, M. Hannotaux, una conferencia internacional, que tendrá por objeto la regularización de los transportes y de las comunicaciones. Leemos en los periódicos oficiales y oficiosos la lista de las personalidades que compondrán la representación española, que por ser la del país en que la conferencia se realiza ha de ser, naturalmente, la más importante de todas. Como esperábamos, entre los señores nombrados no encontramos ninguno que represente el aspecto sanitario de la cuestión. Es natural; en el meollo de nuestros gobernantes no cabe la idea, y es inútil que tomen estudiadas actitudes, y pronuncien hipócritas frases de hueco convencimiento: no lo sienten ni lo piensan, y no lo pueden remediar.

Eso sí, vendrán momentos en que por razones efectivas o por estudiados pretextos se esgrima el argumento sanitario para interrumpir comunicaciones y transportes, y entonces será el rechinar de dientes, la improvisación y el apresuramiento en tomar medidas, y todo menos el remordimiento consciente de haber pecado por ignorancia cuando se podía haber acertado por previsión. ¡Señor, cuándo dejaremos de estar exclusivamente gobernados por leguleyos mediocres y por técnicos improvisados.

DECIO CARLAN

COMENTARIOS A UNA REAL ORDEN

Nueva fase profesional

La Real orden de 22 de febrero último, por la que se modifican los Estatutos de los Colegios Médicos, señala un momento interesantísimo en la vida profesional.

Millares de voces han clamado constantemente contra la falta de unión, estimando este lamentable defecto como fuente de todos los males de la clase; un día y otro, los más buenos propósitos, las más fecundas iniciativas, han fracasado inevitablemente por la ausencia de espíritu colectivo.

Años enteros han transcurrido en vanas discusiones; los terapeutas que siempre han caído sobre la clase, intentando remediar sus males, no lograron ponerse de acuerdo para plantear el tratamiento a seguir; para unos, el remedio debía surgir del propio Cuerpo médico enfermo; otros, preconizaban la intervención de fuerzas extrañas, reconociendo la incapacidad específica de nuestra comunión para orientarse por convenientes derroteros. No faltaban tampoco quienes, afeerrados a una manía de perniciosa terquedad, pregonaban jactanciosamente con cierto airecillo marxista, que «la redención de los médicos rurales había de ser obra de ellos mismos».

Esta sonora cantinela, cómodamente tomada de Carlos Marx, es la que sirvió durante largo tiempo de programa a los titulados elementos *radicales* de la clase, sea pensar que ese pretendido radicalismo, aplicado a los tiempos que corren, es una antigüalla que está pidiendo un definitivo arrinconamiento. Los conceptos societarios han evolucionado tan hondamente, que los mismos inspiradores de la *Comunne* resultarían hoy unos infelices retrógrados.

Para comprender el verdadero alcance de la colegiación tal y conforme resulta de la Real orden última, hay que hacer un poco de historia. Ya la Instrucción general de Sanidad—verdadero punto de partida de cuantas mejoras profesionales se van obteniendo desde hace veinte años—señalaba a los Colegios Médicos una importante misión; si los organismos profesionales la realizaron o no, es cosa que debemos confesar con toda sinceridad; pronto hallamos la respuesta si recordamos la precaria constitución inicial de estos Colegios. ¿Qué fuerza podían representar unos organismos integrados por una minoría de profesionales que se limitaba a elegir una Junta directiva cada dos años, y cuyos acuerdos no tenían fuerza de obligar ni aun para los mismos asociados?

Así se comprende la vida lánguida de estas Corporaciones y su escaso influjo en los asuntos colectivos. Pero no hay que echar la culpa de esta languidez a la misma clase médica; ésta se hallaba solicitada simultáneamente por otras organizaciones de dudosa efica-

cia; existían Juntas o Asociaciones nacionales, provinciales y de partido; y claro es, nuestra clase, aunque numerosa, no prestaba para nutrir numéricamente tantos y tan diversos organismos. De ahí que la fuerza colectiva anduviese desperdigada, suelta, sin gravitar sobre un punto determinado con el peso de su pleno poder.

Esfumada la esperanza que a la clase hiciera concebir la intrincada organización de Juntas de partido, surgió otra entidad nacional, la Federación de Sanidad civil, que tiene en su activa historia la nota simpática de haber recogido a los desesperanzados, animándoles a proseguir en la lucha reivindicadora. Pero por mucha que fuera la intensidad de su actuación, preciso es reconocer que la Federación, falta de medios materiales, no ha podido tampoco llenar el ideal de perfecta solidaridad profesional.

Agotadas aisladamente estas fuerzas, surgió la idea conciliadora de fusionarlas, para ver si con esta conjunción se robustecía el Cuerpo médico, iniciándose aquel fugaz movimiento de Unión Médica Nacional, en el que todas las buenas voluntades se estrellaron contra los personalismos que flotaban sobre la santidad de la obra; pero, a pesar de este nuevo fracaso, la malograda tentativa de unión produjo una enseñanza que la clase no habrá olvidado, sin duda; y es la de que, aquellos elementos que con mayor obstinación pasáronse los años predicando que «la emancipación de los titulares había de ser obra de los titulares mismos», abdicaron de este principio, muy acertadamente, puesto que en aquel movimiento unionista no había sólo titulares, sino médicos libres, individuos con alta representación sanitaria oficial, catedráticos eminentes como el fallecido doctor Moliner, y otros profesionales con añeja representación parlamentaria. A la Unión Médica Nacional se debe, pues, la ventaja de haberse reconocido por todos los directores de los diversos organismos profesionales la necesidad absoluta de una acción mancomunada para obtener las elevadas aspiraciones de la clase, desapareciendo ese pernicioso exclusivismo que mantenía a los sufridos titulares injustamente aislados de aquellos otros elementos políticos y profesionales que podían ayudarles en la conquista de sus legítimas mejoras.

Rota la Unión, apareció un movimiento extraño, artificioso, llamado a extinguirse rápidamente, como así ha sucedido; nos referimos a las Asociaciones regionales, de cuyo rápido paso apenas queda recuerdo. Era lógico que así sucediese, no porque los compañeros que las integraban estuviesen bien o mal orientados, sino porque la región, que en el orden normal tiene caracteres comunes a las provincias de que se compone, no las tiene en el orden administrativo, puesto que las necesidades de cada provincia suelen ser distintas aun dentro de una misma región.

A través de estas vicisitudes profesionales, llegamos al 15 de mayo de 1917, fecha memorable, en la que, por Real decreto, se establece la colegiación obligatoria. A partir de este momento, la vida colectiva se ro-

bustece, los Colegios Médicos afirman su personalidad jurídica, y entran en una fase de fecundidad que despierta esperanzas en la clase; no faltan algunos espíritus descontentadizos que se rebelan contra la Asociación forzosa, dejando al descubierto su falta de lógica; si todo el daño de la clase procede de su desunión, ¿cómo censurar la benéfica disposición que ofrece al Cuerpo médico el nexo indispensable para que dicha unión se realice?

Sólo un individualismo exagerado, y a todas luces impropio, puede poner en labios de un médico la siguiente pregunta: «¿Por qué he de colegiarme, si no me da la gana de hacerlo?»

¡Deleznable razonamiento! ¿No nos hemos pasado la vida entera protestando contra la desconsideración del Poder público, que jamás se ha dignado conceder a los médicos beligerancia como tal clase social?... Pues entonces, ¿con qué razón puede ningún médico alzarse contra lo que significa pleno reconocimiento de su personalidad colectiva?... Ved todas las demás clases sociales en qué fundamentan sus luchas; medita acerca de las grandes convulsiones a que está dando lugar la sindicación; comparemos su situación inferior con respecto de la mejora obtenida por nosotros, y nos daremos cuenta del gran avance conseguido. ¿Cuál es el secreto del grave momento social que atravesamos, si no la resistencia del Poder público al reconocimiento de la sindicación proletaria? Y esta sindicación, que nosotros ya tenemos otorgada y reconocida, ¿no es el arma suprema que todas las clases anhelan esgrimir para la obtención de sus reivindicaciones?

La Real orden última, al modificar los Estatutos de los Colegios Médicos, señala también una orientación ética que ningún elemento de la clase tenía autoridad personal bastante para imponerla; esta es, fundamentalmente, la que se refiere a la misión y objeto de estos organismos, función delicadísima que define así:

«1.º Defender los derechos e inmunidades de los médicos, procurando que gocen de la debida independencia y decoro ante los Ayuntamientos y autoridades.

2.º Mantener la armonía y fraternidad entre los colegiados, adoptando las disposiciones conducentes para que no sufran detrimento alguno el decoro y buen nombre de la clase.»

Es decir: todo un tratado de deontología impuesto por el Poder público con democrática igualdad para cuantos ejercen la profesión médica. Si a esto se añade la fuerza coercitiva y la constitución de verdaderos Tribunales de honor, tanto tiempo solicitados por la clase en Asambleas y Congresos, bien podemos afirmar que los médicos poseemos ya fuero propio; y que la eficacia del instrumento no dependerá de su naturaleza, sino del uso que de él hayamos de hacer.

Mucho tino y mucha prudencia es lo que ahora hace falta entre los compañeros que cumplen la delicada misión de gobernar a sus colegas desde las Directivas de los Colegios, para que las facultades que tan pró-

digamente les son otorgadas no provoquen, en ningún caso, discusiones intestinas y contribuyan a enaltecer el prestigio de un título que tanto cuesta conseguir.

IATRÓFILO.

Los servicios de beneficencia en Gibraltar

En nuestros últimos números del año 1920 publicamos un interesante artículo, en el que se estudiaban los servicios sanitarios de esta población, y hoy aprovechamos unos datos publicados por el diario *El Sol*, correspondiente al día 22 de febrero, que hacen relación a los elementos de beneficencia de que está dotada:

«La superficie total de la colonia no llega a tres millas cuadradas, y en este espacio tan reducido, ocupado casi todo por la enorme mole del Peñón, viven unos 25.000 habitantes, de los cuales unos 6.000 son militares ingleses, y sus familias.

La asistencia médica domiciliar y casa para tuberculosos e indigentes cuesta 3.800 libras.

Gibraltar tiene un hospital colonial, al que acuden multitud de vecinos de La Línea, menesterosos, con papeletas de recomendación del señor alcalde.

Este hospital tiene un presupuesto de gastos de 21.200 libras, en las cuales va incluido lo que cuesta sostener un lazareto para los atacados por la viruela.

El Manicomio es un amplio y cómodo establecimiento, bien cuidado y atendido, que supone un gasto anual de 4.700 libras.

Existen, además, pagados por la metrópoli, un magnífico hospital militar, y otro, no menos soberbio, naval.

Gibraltar cuenta con varios asilos, ninguno de los cuales es sostenido por la colonia.

El asilo de Gavino es un hermoso edificio que se sostiene con el producto de las propiedades donadas a este fin por el finado D. Juan Gavino. Alberga ancianos de ambos sexos y niñas huérfanas.

Además, este asilo sostiene un departamento de incurables.

Los albaceas de Benso también administran un asilo para niños huérfanos, y las Hermanitas de los Pobres sostienen uno para ancianos.

También cuenta la Comunidad Hebraica con un asilo para ancianos.

En Gibraltar se recudan sumas importantes para caridad, y existen diversas sociedades de diferentes creencias y para distintos fines, que reparten lo recaudado entre sus correligionarios necesitados.

Hay una Asociación de la Cruz Roja, servicio de salvamento de naufragos, Casa de Marineros, albergues y misiones para marinos y soldados.

La enseñanza en Gibraltar no es una función privativa del Estado, a pesar de ser obligatoria. El Gobier-

no colonial, a cambio de subvencionar a los establecimientos de enseñanza, mantiene una inspección escolar. Gasta la colonia en atenciones pedagógicas 6.200 libras.

En Gibraltar no existen vagos, y, por lo tanto, los Casinos están desiertos durante el día, y muchos de ellos cerrados.

Las tablas de mortalidad dan un promedio de 16 por 1.000, y en mortalidad infantil va a la cabeza de los países de más bajo índice.»

Sociedades Científicas

PROTECCION MEDICA

ACTA DE LA SESIÓN EXTRAORDINARIA DEL DÍA 29 DE ENERO DE 1921

Bajo la presidencia de la doctora Aleixandre, y con asistencia de las señoras De Gimeno, Aguilar, Verdes Montenegro, Sánchez Covisa, González Ossorio, Cantero, Terceño, Villanueva, viuda de Romero de Otal, señorita de Pando y Valle y señora y señorita de Calvache, comienza la sesión leyéndose el acta y las cuentas del mes anterior, que son aprobadas.

Se leen a continuación cartas de la señora viuda de Martínez dando las gracias por el bien que ha recibido de esta Junta; de la señora viuda de Recuero solicitando un donativo de Pascua (se acordó enviarle 25 pesetas), y de la huérfana de médico doña Benilde Alonso, de Pinilla del Valle, dedicada a la enseñanza de las niñas pobres. «Protección Médica» le ha enviado un socorro de Pascua, y dicha señora manifiesta su gratitud por haberle proporcionado algún alivio a su angustiosa situación.

Las señoras de Villanueva y de Calvache dan cuenta de la investigación referente a la viuda del doctor Gallego, que ha solicitado algún donativo por estar enfermas sus hijas. Se acuerda enviarle 50 pesetas.

La señora condesa de Gimeno ruega se haga constar la equivocación habida en el acta en el mes anterior, donde se decía que el señor conde de Gimeno había entregado a «Protección Médica» 2.000 francos de los 10.000 que había recibido de un señor sueco para obras de caridad; dicho ilustre señor es noruego y se llama Mr. A. Sson Gumoelius.

Se lee una carta del Sr. Sandin, en que manifiesta que en el mes de febrero próximo serán depositadas por el albacea de la testamentaria del doctor Melcior los títulos por valor de *dos mil novecientas catorce pesetas*, que corresponden del 7 por 100 que dicho señor tuvo la caridad de legar a nuestra Caja de Socorro, después de abonados todos los gastos al Estado y demás circunstancias, como los otros herederos, según cuentas presentadas por dicho señor Sandin.

Se da cuenta de los donativos de Pascua que esta Junta ha recibido de los ilustres señores siguientes:

Doctor Recaséns, 25; doctor Codina, 50; duquesa de Parcent, 100; duques de Medinaceli, 100; doctor D. Leonardo de la Peña, 50; duque de Alba, 25; director del Banco Hispano-Americano, 25; D. Antonio Maura, 25; condesa de los Gaitanes, 100; Casino de Madrid, 100; marqueses de Amboage, 50; Círculo de Bellas Artes, 25; Banco de España, 250; D. Tomás Ayende, 50; Asociación Matritense de Caridad, 500; conde de la Montera, 75; señora de Pla, 25; marqueses de Comillas, 25; marquesa de Montes Claros, 100; Sr. Madariaga, 100; Colegio de Médicos, 500, y señor Gayoso, 250.

A todos estos señores que tan generosamente atendieron nuestra petición, esta Junta envía la expresión más sincera de su agradecimiento profundísimo.

A continuación se lee el Balance de las cuentas del año 1920, que da el siguiente resultado:

Existencia en 1.º de enero de 1920.....	1.776,87.
Ingresos durante el año.....	16.496,05.
<i>Total en pesetas</i>	18.272,92.
Importan los gastos.....	16.231,22.
Existencia para 1921:	en pesetas.... 1.991,40.
	en francos.... 2.000

Por estar enferma la señora secretaria general, doctora Lacy de Elorrieta, la vicesecretaria, señorita Asunción Pando, lee una hermosa Memoria redactada por ella, en la que da cuenta de la labor realizada por esta Junta en el último año, y del entusiasmo que anima a todas las señoras para no cejar hasta conseguir que esta obra sea, cual debe serlo, para nuestra abnegada y dignísima clase médica, dando las más sentidas gracias a todos cuantos con sus donativos y trabajos coadyuvaron a estos empeños.

Se termina la sesión felicitando a la señorita de Pando por su trabajo, que la Junta le agradece sinceramente.

La secretaria de Actas, por la secretaria general,
PILAR CALVACHE.

Sección oficial

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REALES ORDENES

Ilmo. Sr.: Conforme a lo dispuesto en el art. 2.º del Reglamento de 26 de agosto de 1920, el Cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad debe componerse de 65 individuos, comprendiendo el subinspector de Sanidad interior, los que figuran al frente de las 49 provincias y de la regional del Campo de Gibraltar, los que desempeñan cargos en la Inspección general, los excedentes y los en expectación de destino, y per-

PAPELES YHOMAR

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

Ayuntamiento de Madrid

teneciendo en la actualidad a dicho Cuerpo únicamente 56 individuos,

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

1.º Que se convoque a oposiciones para la provisión de los nueve restantes puestos vacantes en el Escalafón del Cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad, entendiéndose que los aprobados que no obtengan plaza en activo quedarán como aspirantes al Cuerpo interin no ocupa en alguna vacante en virtud de concurso.

2.º Que los aspirantes que deseen tomar parte en las oposiciones deberán presentar sus instancias documentadas en el Registro general de este Ministerio desde esta fecha hasta el día 31 de marzo del corriente año.

3.º Que los referidos ejercicios de oposición se verifiquen con arreglo al Reglamento que a continuación se inserta y al programa publicado en 25 de octubre de 1919, *Gaceta* del 28 de igual año.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde a V. I. muchos años.—Madrid, 29 de enero de 1921.—*Bugallal*.

Señor inspector general de Sanidad.

Reglamento que ha de regir en los ejercicios de oposición a plazas de Inspectores provinciales de Sanidad.

Artículo 1.º Para poder tomar parte en los ejercicios de oposición a plazas de Inspectores provinciales de Sanidad es indispensable dirigir solicitud al excelentísimo señor Ministro de la Gobernación, desde la fecha de la precedente Real orden de convocatoria hasta el día 31 de marzo del corriente año, acompañada de los documentos demostrativos de los extremos siguientes:

- a) Ser español o estar naturalizado en España.
- b) No exceder de cincuenta años el día de la convocatoria.
- c) Hallarse en el pleno goce de sus derechos civiles y políticos y tener buena conducta.
- d) Estar dotado de la aptitud física necesaria para los servicios que se han de prestar.
- e) Poseer el título de Doctor en Medicina y Cirugía o certificación de haber aprobado los ejercicios del Doctorado.

Al recoger la papeleta que acredite haber presentado los documentos necesarios para tomar parte en los ejercicios, cada opositor abonará en metálico, por derechos de oposición, la cantidad de 30 pesetas.

Los ingresos que se obtengan por el expresado concepto se destinarán a satisfacer, en primer término, los gastos del material que se originen con motivo de dichos ejercicios de oposición, y el resto se distribuirá por iguales partes entre los individuos del Tribunal.

Art. 2.º El Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación nombrará el Tribunal que ha de juzgar los ejercicios de oposición, y visar la documentación presentada por los opositores, resolviendo en vista de ésta su admisión o exclusión definitiva, después de ser examinada por el Negociado correspondiente.

Art. 3.º Los ejercicios de oposición serán cuatro: uno teórico y tres prácticos.

El primer ejercicio consistirá en la contestación oral, por cada opositor, durante una hora como máximo, a cinco preguntas sacadas a la suerte de las materias que comprende el programa.

El segundo ejercicio se concretará a la resolución práctica de un problema de Microbiología o de Parasitología, con aplicación a la higiene, y otro tema de análisis químico aplicado a asuntos sanitarios.

El ejercicio tercero consistirá en el examen, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de un caso clínico referente a un enfermo afecto de enfermedad infecciosa. Después de fijar el opositor dichos extremos, hará indicación de las medidas profilácticas que deben adoptarse para evitar la propagación de la enfermedad a que se refiera el caso examinado.

El ejercicio cuarto consistirá en la descripción y manejo de aparatos de desinfección.

Art. 4.º El día anterior al señalado para el comienzo de los ejercicios de esta oposición se verificará en público un sorteo de todos los opositores, el cual determinará el orden numérico en que hayan de actuar en los ejercicios.

El Tribunal designará y publicará, con veinticuatro horas de anticipación, los nombres de los opositores que deban actuar cada día.

No se admitirán más faltas de asistencia de cada opositor al ejercicio para que fuese citado que las producidas por enfermedad debidamente justificada ante el Tribunal, con anticipación al comienzo de aquél, para el ejercicio primero, y también para el segundo o tercero, cuando los opositores actúen por grupos; pero no se admitirá excusa alguna cuando hayan de actuar todos al mismo tiempo.

El opositor que no se presente a actuar el día que tenga señalado para su ejercicio, y no haya excusado previamente y por certificación facultativa su falta de asistencia, quedará excluido de las oposiciones.

Al presentarse el opositor ante el Tribunal exhibirá y firmará la papeleta que acredite haber satisfecho la cantidad de 30 pesetas por derecho de oposición y su firma será cotejada por el secretario del Tribunal con la de la solicitud; y si su letra y rúbrica no fueren iguales a aquélla, perderá todos sus derechos a tomar parte en los ejercicios.

Art. 5.º La calificación de cada uno de los tres primeros ejercicios se hará por el sistema de puntos, y cada juez podrá dar de uno a diez como máximo; el total de puntos obtenidos por cada opositor determinará su calificación en cada ejercicio.

El opositor que no reúna 25 puntos, por lo menos, en un ejercicio de éstos no podrá realizar el siguiente, quedando excluido de las oposiciones.

En el último ejercicio no se calificará por puntos. Al terminar éste todos los opositores, el Tribunal los clasificará definitivamente, teniendo en cuenta la puntuación que obtuvieron en los ejercicios anteriores, y el concepto que le hubiesen merecido en este último.

TOLUDEN
Pelrid's C.º, New-York

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

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

Una vez clasificados, se hará la propuesta de ingreso en el Cuerpo, en la cual no podrá figurar mayor número de aspirantes que el correspondiente a los puestos vacantes en el escalafón.

Art. 6.º La práctica del primer ejercicio se atenderá a las siguientes reglas:

1.ª Se constituirá el Tribunal el día y hora que se señale, e inmediatamente se colocarán tres bombos a la vista, introduciendo en cada uno de éstos tantas bolas numeradas como temas comprende cada Sección de las tres que integran el adjunto programa, a saber:

Primero. Higiene general y aplicada.

Segundo. Microbiología, Parasitología y Epidemiología; y

Tercero. Legislación y Administración sanitaria.

2.ª Cada opositor, cuando le corresponda actuar, sacará dos temas de Higiene general y aplicada, dos de Microbiología, Parasitología, Epidemiología, y uno de Legislación y Administración sanitaria.

3.ª Las bolas o temas que cada día saquen los opositores no volverán a entrar en suerte hasta el día siguiente.

4.ª El Tribunal no hará observación alguna a los opositores cuando actúen en sus ejercicios. El presidente podrá indicar, si fuese necesario, el tiempo que vaya invertido en las contestaciones; o llamar la atención del opositor si no se circunscribe al tema que debe desarrollar, a juicio del Tribunal.

5.ª Diariamente se expondrá al público una lista con los nombres de los opositores aprobados en este primer ejercicio y la puntuación que hayan obtenido, cuya lista será autorizada por el Secretario del Tribunal, con el visto bueno del presidente.

Art. 7.º La práctica del segundo ejercicio se ajustará a las reglas siguientes:

Los opositores actuarán por el orden correlativo del número que les haya correspondido en el sorteo celebrado al empezar las oposiciones. Para la ejecución de sus trabajos el Tribunal les agrupará en secciones y determinará el número de opositores que deba comprender cada una de éstas, teniendo en cuenta la capacidad del local y el material y utensilios de que se disponga.

Anunciada con un día de anticipación la hora en que se haya de empezar este ejercicio, se presentarán los opositores de la sección a quienes corresponda actuar, en el local que se designe al efecto.

Constituido el Tribunal, se procederá a colocar en dos bombos distintos tantas papeletas numeradas cuantos sean los problemas preparados al efecto por el mismo Tribunal. En uno de estos bombos se colocarán los temas de prácticas de Microbiología, de Parasitología, Serodiagnóstico o cualquiera otro de análisis microscópico con aplicación a la Epidemiología e Higiene. En el otro bombo se colocarán temas de análisis químicos, relacionados con alteraciones o sofisticaciones de alimentos, bebidas o productos comerciales.

Uno de los opositores, designado en el acto por sus

compañeros, extraerá de cada bombo una de las bolas numeradas que en él se colocaron, y el número que esta bola tenga representará el problema que ha de entregarse para su resolución a los opositores, problema que será el mismo para todos los que han de actuar el mismo día, y diferente del tema o temas desarrollados en los días precedentes por otros grupos de opositores. El Tribunal determinará si el tema de Microbiología y análisis químico se desarrollan en el mismo día o en días sucesivos.

Terminado el sorteo, y una vez conocido su resultado, se entregará a cada opositor la primera materia sobre la que ha de realizar sus trabajos, indicándole el local del Establecimiento oficial en que han de actuar éstos, y en el cual se les suministrarán por el Jefe del mismo todos los medios, aparatos y productos que necesiten, y quedarán bajo la vigilancia de dos individuos del Tribunal, designados al efecto para cada grupo de opositores.

El actuante podrá consultar libros, apuntes o datos de su propiedad o de la Biblioteca del Establecimiento; utilizará para sus operaciones las mismas horas que oficialmente tenga como laborables el mismo Establecimiento, y la labor que realice para el desarrollo de su trabajo práctico no podrá ser interrumpida, saliendo el opositor fuera del local durante las horas que se hayan marcado previamente por el Tribunal para la práctica de dicho trabajo; no pudiendo en ningún caso comunicarse con otras personas ni sacar del local ninguna porción de la primera materia que recibió para realizar aquél, ni ningún producto, cultivo, preparación, etc., procedentes de las labores de este ejercicio.

El Tribunal fijará el plazo máximo que considere necesario para la completa resolución del problema, haciéndolo saber a los opositores al dar principio a sus investigaciones.

Cada opositor consignará por escrito el resultado de las investigaciones efectuadas, la marcha seguida en éstas y las conclusiones que obtengan con las consideraciones que estime procedentes sobre la materia. Esto escrito, fechado y firmado, lo incluirá en un sobre cerrado, que también firmará y rubricará, consignando el número de orden con el que haya actuado, y lo entregará al individuo del Tribunal que en aquel momento se encuentre en el local, uniendo a esta nota, si así lo juzga conveniente, las preparaciones, dibujos y demás comprobantes que estime necesarios para facilitar el juicio de aquél. El referido individuo del Tribunal consignará en el mismo sobre, y bajo su firma, el día y hora que le fué entregado dicho documento, y recogerá, si lo hubiese, el sobrante de la primera materia que constituyó el problema.

Una vez que los opositores de cada grupo que hayan actuado tengan ultimadas sus investigaciones, el Tribunal señalará día y hora para la lectura pública de las notas redactadas por aquéllos, y al terminar esta lectura, que se verificará por los mismos opositores y por el orden que vayan actuando, publicará e.

FIRMUGENOL

(Nombre registrado)

ESPECIFICO DEL ESCROFULISMO
Compuesto de ioduro ferroso estable, arsénico orgánico y principios vegetales tónicos de la nutrición y depurativos, en forma de JARABE

Literatura y muestras a su autor: PEDRO DE LA ROSA, Farmacéutico, Pola de Gordón (León).

Ayuntamiento de Madrid

señor Secretario la naturaleza y clase del problema encomendado.

La calificación de este ejercicio se hará en la misma forma que queda establecido para el primero.

Art. 8.º El tercer ejercicio se practicará del siguiente modo:

1.º Los opositores actuarán por grupos compuestos del número de individuos que acuerde el Tribunal, teniendo en cuenta el número de casos clínicos de que disponga el día señalado para efectuar este ejercicio.

2.º Conocido por el Tribunal el número de enfermos utilizables para este ejercicio, someterá a sorteo la adjudicación de aquéllos a los opositores, a cuyo efecto se incluirán en un bombo los números correspondientes a las camas de los enfermos, y cada papeleta señalará el número del enfermo que habrá de servir de tema para su ejercicio.

3.º Cada opositor hará examen y exploración de su enfermo en la sala del Hospital que se determine, a presencia del Tribunal y durante el tiempo que éste gradúe como necesario.

4.º El opositor podrá disponer de quince minutos para reflexionar sobre el caso y consultar algún libro, previa autorización del Tribunal.

Inmediatamente después de haber transcurrido dicho plazo se constituirá el Tribunal en un local del mismo establecimiento benéfico, si es posible, y cada opositor expondrá ante él, en el plazo máximo de media hora, la historia clínica del caso examinado, y la indicación metódica de los medios profilácticos que deben adoptarse para prevenir la propagación de la enfermedad de que se trate.

Art. 9.º El cuarto ejercicio consistirá en la descripción y manejo de uno o más aparatos de los usados con más frecuencia en las prácticas de desinfección o esterilización. Este ejercicio se llevará a cabo en el Parque central de Sanidad civil, a presencia del Tribunal, el que designará a cada opositor libremente los aparatos que deba hacer funcionar.

Art. 10.º El mismo día que terminen los ejercicios, el Tribunal deliberará y elevará a la Inspección general de Sanidad todo lo actuado y la propuesta de los opositores aprobados por riguroso orden de calificación para ocupar los puestos vacantes en el escalafón, limitándose a incluir en la propuesta el número preciso y necesario para cubrir las anunciadas en la convocatoria.

La Inspección general de Sanidad remitirá al Real Consejo de Sanidad todo el expediente de las oposiciones verificadas, para que informe sobre la legalidad de las mismas.

Art. 11. Una vez informado por el Real Consejo de Sanidad, el expediente de estas oposiciones será elevado al excelentísimo señor ministro de la Gobernación, para que se sirva aprobarlo y nombrar a los propuestos.

Madrid, 29 de enero de 1921.—El inspector general, *Manuel M. Salazar*.

(Gaceta, 3 de febrero)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 12,6; idem *mínima*, 4,4; temperatura máxima, 716º4; idem *mínima*, 700º6; vientos dominantes, NO. NNE.

El acrecentamiento de los catarros de las vías respiratorias ha producido un aumento numérico en la enfermería de la población, sin que por fortuna haya aumentado paralelamente la gravedad de las enfermedades y la cifra de la mortalidad.

Se registran, sin embargo, casos de bronconeumonía graves, de congestiones y hemorragias de los centros nerviosos y de embolias del aparato circulatorio.

En los niños continúa no observándose ningún estado epidémico.

Crónicas

En el manicomio de Mérida. Lo que era de esperar.—En uno de nuestros últimos números nos ocupábamos de las enormidades que se cometían con los pobres locos del manicomio de Mérida.

Hacíamos un llamamiento al ministro de la Gobernación, pero, sin duda, son más importantes, que la salud de los ciudadanos, los cuidados que necesita una mayoría enqueñe.

En la sesión celebrada por la Diputación provincial de Badajoz el día 7, los diputados Sres. Gomer y Castaño se ocuparon detenidamente de la grave situación por que atraviesa el Manicomio de Mérida, «donde—afirmaron—han ocurrido cinco defunciones de hambre y frío; según dictamen de los médicos».

La exposición de este hecho trágico y vergonzoso sólo mereció que se le dedicase una propuesta para vigilar con mayor cuidado la administración de los fondos que se dedican a dicho Manicomio.

Ya no sabemos a quién dirigirnos. Puede que la Providencia lo remedie.

Donativo importante.—El ilustre especialista D. Vital Aza, ha ingresado en el Colegio de Huérfanos del Princi-

LA DIABETES

Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL VINO URANADO PESQUI

que elimina el azúcar a razón de UN gramo por día, fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

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

pe de Asturias 2.000 pesetas como producto de la diferencia de una minuta profesional devengada por dicho señor

El caciquismo y los médicos.—Los médicos titulares del partido de Arévalo (Ávila), nos envían una nota para su publicación, en la que se transcriben los acuerdos de protesta tomados por la clase en contra de actos censurables que siempre estamos dispuestos a hacer públicos para conocimiento de los gobiernos que los toleran y de la opinión que ha de juzgarlos:

«Reunieronse médicos titulares de este distrito para protestar contra inaudito atropello cometido por alcalde de Mambles, en la persona del médico señor Rinoso, detenido, cacheado, vejado villanamente como criminal vulgar, por reclamar sus honorarios a vecinos ricos correccionarios y amigos del alcalde. Este atropello merece castigo ejemplar por ser obra nefasta del caciquismo.

Los reunidos acordaron comunicar prensa profesional, rogándoles eleven su enérgica honrada protesta hasta gobierno, en evitación de actos brutales como éste. Los reunidos temen que al depurar los hechos consiga el caciquismo que este salvaje atropello quede impune».

Asamblea de damas de la Cruz Roja.—El jueves último se celebró en Palacio, bajo la presidencia de la Reina doña Victoria, la junta de la Asamblea central de señoras de la Cruz Roja española.

Asistieron S. M. la Reina doña María Cristina, S. A. la infanta doña Isabel, S. A. la duquesa de Talavera y las duquesas de Medinaceli, Unión de Cuba, Victoria y San Carlos; los obispos de Madrid-Alcalá y Sión; el asesor médico, Sr. Varela, y el inspector general y secretario de Su Majestad, marqués de la Rivera de Tajuña.

Excusaron su asistencia S. A. la infanta doña Luisa, la marquesa de Zugasti y doña Concepción Cortada de Mille,

El secretario leyó una interesante Memoria, exponiéndose en ella que la necesidad de aprobar las cuentas del Patronato de San José y Santa Adela ha sido el motivo de convocar la Asamblea.

Se añade que S. M. la Reina ha encontrado conveniente aprovechar esta circunstancia para que la Asamblea quede enterada de algunos asuntos de interés general para la institución.

Las cuentas se refieren a los hospitales-escuelas y a las gestiones hechas para llevar a la acción de la Cruz Roja a Marruecos.

Sobre la aprobación de las cuentas del Patronato de San José y Santa Adela poco hay que decir, saldando el año con un déficit insignificante.

El hospital de la Cruz Roja de esta corte, cuya dirección y damas enfermeras merecen grandes elogios, continúa su acción benéfica, de lo que son muestras numerosas estadísticas de asistencias.

Los hospitales de San Sebastián y Bilbao funcionan muy bien, así como el recién inaugurado de Sevilla; muy en breve se inaugurarán los de Barcelona y Jaén, y se crearán otros en León, Burgos y Alicante.

Dícese también en el documento que la acción de la Cruz Roja en Marruecos merece especial mención. Su Majestad la Reina, impulsada por cuanto puede mejorar los cuidados del Ejército de África, sostiene el afán de que la institución se organice en una forma práctica y real, con abundante material, que justifique la importancia de la Cruz Roja en España.

El hospital de Ceuta servirá de base para la acción en Marruecos de la Cruz Roja española, que luego ampliará al de Tetuán

Se procedió a nombrar una comisión de hospitales, y finalmente, se propuso la creación del Cuerpo de enfermeras profesionales de la Cruz Roja, organizándose análogamente a tal objeto.

* * *

La Junta de gobierno de la Cruz Roja española del distrito de Buenavista (sexta comisión) ha quedado constituida en la siguiente forma:

Presidente, Ilmo. Sr. D. Juan de Dios Sandon; vicepresidente primero, D. Eduardo González; ídem segundo, D. Félix Fernández Segovia; secretario, D. Antonio Jordán; tesorero, D. Francisco Dorado; contador, D. Osmundo Sánchez; director almacén, D. Pedro Checa; vocal primero, D. Francisco Díaz Leyda; ídem segundo, D. José Fernández de la Portilla; ídem tercero, D. Benito González; ídem cuarto, D. Juan Badiola.

Oposiciones a médicos inspectores provinciales de sanidad.—En la *Gaceta* del 3 de febrero; instancias hasta el 21 de marzo. Se cubrirán nueve vacantes, quedando como aspirantes los aprobados con plaza. Obra única por los Sres. Ferrán, Delgado y Campos, 60 pesetas.—Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid,

Oposiciones a médicos de Higiene.—En Madrid, nueve plazas; instancias hasta el 15 de abril. Obra única, 25 pesetas.—Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid

LABORATORIO DE ANALISIS DEL DOCTOR GIRAL. Análisis clínicos (orinas, esputos, sangre, etc.); agrícolas (tierras, abonos, etc.); metalúrgicos (minerales, combustibles, etc.); bromatológicos (aguas, vinos, etc.); de productos y drogas diversos.—Atocha, 35. Tel. M. 33. Farmacia y laboratorio del doctor Giral.

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización

conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial-Argensola, núm. 4, Madrid.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.—Teléf. J. 923.