

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina	J. SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES		

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: Sobre la patogenia de la ataxia tabética, por José M. de Villaverde.—Equipo sanitario para las Inspecciones provinciales, por Víctor M. Cortezo.—Momentos anteriores al operatorio en la cirugía renal, por el Dr. Angel Pulido Martín.—Propaganda antivérea, por el Dr. Gougerat.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Los Manicomios de España, por el Dr. César Juarros.—El triunfo jurídico de los titulares. Sentencia.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Ministerio de Marina.—Montepío facultativo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Estafeta de partidos.—Anuncios.

SOBRE LA PATOGENIA DE LA ATAXIA TABÉTICA

POR JOSÉ M. DE VILLAVERDE

En el número cuarto de la Revista *Archivos de Neurología*, nuestro admirado colega el Dr. Rodríguez Lafora ha publicado un artículo sobre el punto cuyo título encabeza estas líneas. Y como nosotros en modo alguno estamos conformes con algunos de los extremos que en él se sostienen, nos vemos obligados á hacer algunas ligeras objeciones á dicho escrito.

De los seis casos que en él se exponen, cinco son de tabes dorsal más ó menos avanzada y mejoraron tres de ellos (y cómo no) con el tratamiento intrarraquídeo. Y no es nuestro propósito, al llegar á este punto, discutir la eficacia de esta nueva panacea que mejora todos los enfermos de neurosífilis que no se empeoran ó siguen igual (que por cierto son casi todos). Las pintorescas cosas que se han dicho por algunos partidarios del método, que en último término revelan no tener la menor noción de las características neurológicas de estos síntomas que pretenden combatir y mejorar, nos releva en absoluto de perder el tiempo por el momento y de discutir esta cuestión.

Al llegar á este punto, sin embargo, no queremos dejar de consignar un detalle que nos indica el grado de perfección á que el método ha llegado en las manos

del Dr. Lafora. En el caso primero, que tenía Romberg sin trastornos objetivos de la sensibilidad, dice en la historia «Visión normal», y unas líneas más abajo añade: «Se le ha hecho tratamiento intrarraquídeo, y después de la segunda inyección, desaparecen el Romberg, la vacilación al andar con los ojos cerrados y los dolores en cinturón. Ha notado gran aumento de potencia sexual, que la visión es mejor y que le han desaparecido las parestesias de la mano».

Hacer ver mejor á uno que tenía la visión normal es lo más grande á que se ha llegado en terapéutica desde que el mundo es mundo.

Y nada hemos de decir de la terapéutica seguida en el quinto caso, pues el bisturí del Dr. Goyanes es en nuestro sentir algo mucho más eficaz y de tener en cuenta, que el flamante procedimiento de las inyecciones intrarraquídeas.

Las conclusiones á las que el Dr. Rodríguez Lafora llega en su trabajo, son las siguientes:

1.^a Que aunque la ataxia tabética es de origen sensitivo, la clínica nos muestra frecuentemente una falta de paralelismo fisiopatológico entre el grado de ataxia y el grado de trastornos sensitivos.

2.^a Que esta falta de paralelismo consiste en que por un lado hay casos de marcada ataxia con síntomas atenuados que apenas son revelables; y por otro lado, en que hay casos sin ataxia ó en período preatáxico, en los que se comprueban ya síntomas sensitivos

variados en la sensibilidad profunda y superficial.

3.^a Que estos hechos hacen suponer que en la patogenia de la ataxia tabética se deben incluir otros factores aparte de los exclusivamente sensitivos, y

4.^a Que la clínica ofrece aquí un amplio campo de investigación el cual aportará quizás hechos tan interesantes como los obtenidos por Barany en sus investigaciones detenidas sobre el vértigo y el mareo, pues está por precisar si hay diferentes tipos de ataxia tabética y si cada uno de ellos depende de la intervención de otros centros nerviosos, como el cerebro, los nervios oculares, el cerebelo, el laberinto y los centros motores espinales.

Respecto al punto sintetizado en la primera de las conclusiones del Dr. Lafora, hemos de decir por nuestra parte, que ocurre con tanta frecuencia el hecho por él señalado, que todo el mundo se lo ha encontrado en la práctica á pocos enfermos afectados de tabes que haya visto. Y el Dr. Lafora á estas alturas, sale con esto como si fuera una cosa nueva. Por nuestra parte, hace muchos años ya, cuando empezamos á especializarnos en estos estudios, es este un hecho de los que nos llamaron poderosamente la atención, pues á primera vista nos parecía un poco difícil de explicar. Pero á poco que nos fijamos, en seguida echamos de ver que ello es perfectamente explicable en el estado actual de conocimientos, y por tanto, es cosa que nada tiene de particular.

La disociación existente entre la ataxia, por un lado, y la ausencia de las sensibilidades superficiales ó profundas, por el otro, *que clínicamente se presenta con bastante frecuencia*, es fenómeno que guarda estrecha correlación con lo que en la Anatomía patológica de la tabes está ya hoy fuera de duda. Y el Dr. Lafora que es histopatólogo, por esta vez se ha olvidado esto y presenta el problema clínico con una serie de «quizás» y de alusiones á lo porvenir, á lo que tan aficionados son algunas de las grandes figuras de la medicina española contemporánea.

Desde los estudios clásicos de Nageotte (1) y Karl Schaffer (2) se sabe que en las lesiones medulares de la tabes hay dos períodos. En el primero de ellos las fibras lesionadas dentro de la medula son las de determinados sistemas, llamándose, por tanto, á esta fase anatomopatológica, *período sistemático*. En el segundo período, las fibras degeneradas son además de las anteriores las de los cordones posteriores y puede seguirse hacia arriba, en el área en estos ocupada por la correspondiente raíz, llamándose á esta fase *período radicular*.

Y estas dos fases, olvidadas ya de puro sabidas, que pueden presentarse aisladas, ó coincidir en el mismo caso ó hacer su aparición la primera mucho tiempo antes de la segunda, nos explican claramente el hecho que al Dr. Lafora llama tan extraordinariamente la atención.

En la fase sistemática, un haz afectado con preferencia a los demás, es lo que se conoce con el nombre de *bandelette externe* de Pierret. Las fibras que la integran son colaterales de las raíces posteriores y

forman un campo en plenos cordones posteriores que la degeneración de sus fibras pone de manifiesto, dirigiéndose las fibras que la constituyen á las células motoras de los cuernos anteriores.

Y claro está, la lesión de dichas fibras por las que las raíces posteriores ejercen su acción sobre las células del cuerno anterior origen de las raíces anteriores y por tanto de las fibras motoras de los nervios periféricos dan lugar á una porción de síntomas cuyo conocimiento data precisamente no de ayer. Es el primero la *hipotonía* de los músculos correspondientes, hecho conocido no precisamente en Patología, sino en Fisiología experimental desde los estudios de Stilling (3) el año 1842.

El segundo síntoma, ó sea la ataxia después de las lesiones de las raíces posteriores, fué observado por Pánissa (4) ¡el año 1835! Y tanto la ataxia como la hipotonía, para que se presenten en los casos de tabes es *preciso únicamente* que estén lesionadas las fibras de la *bandelette externe* de Pierret, que conducen á las neuronas del cuerno anterior los estímulos *no conscientes* que á la medula llegan por las raíces posteriores para ser registrados y respondidos por las neuronas del cuerno anterior de una manera automática y no consciente. Los trastornos objetivos de la sensibilidad cuyos estímulos caminan por los cordones posteriores, no se presentan estando éstos indemnes y nada tienen que ver, existan ó no, con la presencia de la hipotonía, ataxia y abolición de reflejos que son producidos por la lesión de las fibras del haz más arriba citado.

Es esta la primera fase clínica y anatomopatológica de la tabes, la que por tratarse de una enfermedad esencialmente crónica á veces con remisiones, puede prolongarse durante muchísimos años.

En la segunda fase, cuando ya hay lesiones de las fibras de los cordones posteriores, entonces hay trastornos objetivos de las sensibilidades superficiales ó profundas, las que como es natural adoptan una topografía metamérica correspondiente á las raíces afectadas.

Véase cómo no se necesita recurrir a la perturbación táctil de la planta del pie ni á la sensibilidad muscular de la planta del pie tal como propone el doctor Lafora para explicarse estas cosas. Es la llamada *sensibilidad propioceptiva* de Sherrington, esos estímulos procedentes de la periferia que no llegan á la conciencia, pero son registrados en centros dando lugar á respuestas por parte de ellos, la que alterada en su vía de conducción centripeta da lugar á aquel síntoma. Y es raro que el Dr. Lafora que cita entre paréntesis á Mott y Sherrington á propósito de lo de la planta del pie se empeñe, quizás por una modestia excesiva que le honra sobremanera, en hacernos creer que no conoce las ideas de Sherrington que hoy día son las de todo el mundo.

Y esta misma explicación da sin duda Oppenheim al cual copia el Dr. Lafora sin reparar que el párrafo del eminente neurólogo berlinés le da ya la clave del asunto y no necesitaba insistir más sobre el mismo. «En efecto—dice Oppenheim—debemos tener presente que también las excitaciones centripetas *que no llegan*

á la conciencia, pero que influyen sobre el tono muscular, son necesarias para la ejecución ordenada de los movimientos, y que la desaparición de las mismas y la hipotonía que consecuentemente determinan ejercen un importante papel en el origen de la ataxia. Admitimos, pues, que la coordinación de la actividad muscular es regulada ante todo por impulso centripeto, que no se convierten en sensaciones conscientes y en este sentido designamos sensorial á la ataxia».

No cabe duda alguna que el párrafo que acabamos de transcribir es claro desde todo punto de vista y no da lugar á dudas de ningún género. Pero para el doctor Lafora no debe serlo tanto cuando á pesar de su claridad se fija en la última palabra «sensorial» y lo toma en el sentido de la sensibilidad profunda, que no es propioceptiva, sino consciente queriéndola buscar en la exploración, ¿Pero es que el Dr. Lafora ignora á estas alturas que estas palabras se usan en muy diversas acepciones? ¿No ha visto sobre todo en las más modernas Psicologías americanas quejarse con insistencia de esto y del uso impropio de ciertos términos, debiendo, por tanto, fijarse en los hechos y en las descripciones que de ellos se hacen? ¿Y es que la descripción de Oppenheim que él mismo copia en su trabajo, no le dice nada más, ni hace que se le ocurra más que darle á la palabra sensorial el significado que le adjudica?

Convengamos en que este punto está ya suficientemente tratado y lo bastante claro para insistir más sobre él.

El Dr. Lafora se extraña que en la patogenia de la tabes puedan existir factores tan solo sensitivos, y supone que deben existir otros aun no precisados.

Claro está que esta suposición suya que haría intervenir en la ataxia tabética factores no periféricos, está hecha tan solo partiendo de la base de que no se ha explicado bien el mecanismo que acabamos de señalar, pues de la existencia de aquellos no nos aporta ninguna prueba suministrada por la clínica, y de pruebas anatómicas no hablemos.

¿Cuáles serían los factores no periféricos que él supone? Pues el cerebro, los nervios oculares, el cerebelo, el laberinto y los centros motores espinales. Muchos son, pero puesto ya á citar centros y vías en el terreno de las hipótesis, podía haber citado muchos más, pues después de todo, para no demostrar nada daba igual.

Y bien poco dice, ciertamente, de las razones que le abonan á hacer las suposiciones citadas. «Raymond—nos dice el Dr. Lafora—admitió un origen psicogenético de la ataxia tabética fundándose en la agudización momentánea de la ataxia por las emociones y en la influencia favorable de la reeducación motora por el método de Frenkel». ¿Y es esto todo? ¿Sólo por eso puede suponerse la existencia de un factor cerebral en la ataxia tabética? Claro está que estamos en el terreno de las suposiciones, procedimiento magnífico de escribir artículos diciendo grandes cosas difusas sin comprometerse á nada; pero eso de la exacerbación de aquél síntoma por las emociones se ve en casi todos los que se presentan en enfermedades del sistema ner-

vioso, sean ó no cerebrales. Y por lo que respecta á la reeducación de Frenkel, ¿cree en serio el Dr. Lafora en esas cosas? Pero no debemos extrañarnos si tal ocurriera, porque sería consecuente consigo mismo ya que se ha manifestado creyente decidido de las inyecciones intrarraquídeas de tuberculina en las meningitis, de la terapéutica endocrinológica, del Psicoanálisis y quién sabe si por este camino será algún día campeón del masaje puntiforme de Cornelius.

«Otros autores han supuesto que las paresias de los músculos oculares intervenían en la producción de la ataxia. También se ha pensado en influencia patogénica del cerebelo, ya que en éste se observan marcadas lesiones de la neuroglia y de los elementos nerviosos en la tabes. Muchos casos de ataxia tabética presentan por otra parte lesiones laberínticas que conviene investigar siguiendo los métodos de Barany.»

Todo esto es tan sólo literatura. Es cierto que en algunos casos de tabes y en sus comienzos se presentan paresias de los músculos de los ojos. ¿Pero con qué frecuencia ocurre esto? ¿Qué relación guarda con la presencia ó ausencia de los síntomas atáxicos? ¿Cómo evolucionan ambos síntomas en su relación del uno con el otro?

No cabe duda de ningún género, que las paresias de los músculos de los ojos en los primeros periodos de la tabes se presentan en un número de enfermos relativamente pequeño. Y hay un gran número de enfermos que tienen trastornos atáxicos marcados, sin síntomas objetivos de la sensibilidad y sin paresia de los músculos oculares. ¿Dónde, por tanto, en estos casos que con mucho son los más, echa de verse la influencia de las paresias oculares en la ataxia? Sin duda alguna esto es ya definitivo y por sí solo dice ya de sobra, pero aun hay mucho más. En casi todos los casos de tabes en sus comienzos que se presentan paresias de los músculos oculares, éstos adoptan un carácter transitorio. Casi sin excepción, todos los autores están conformes sobre extremo el cual hemos nosotros podido confirmar en nuestra práctica. ¿Y qué valor va á darse como agente que interviene en la producción de la ataxia á un síntoma tan inconstante y pasajero?

La influencia patogénica del cerebelo merece una consideración mayor, pero de ninguna manera en la forma que lo hace el Dr. Lafora. ¿Qué influencia pueden tener esas lesiones de la neuroglia y de los elementos que él nos dice? ¿A qué haces y sistemas afectan? ¿Cómo ejercen éstos su influencia? Si nos atenemos á lo que el ilustre neurólogo nos dice, nos quedaremos completamente á oscuras de lo que haya, ya que si se refiere (que no lo sabemos) á los estudios de Jendrasik (5) y Weigerf (6) bien poca luz pueden arrojar sobre el mecanismo de la ataxia tabética. Puede ser que si el cerebelo ejerce alguna influencia (cosa no puesta aún en claro) es por las lesiones de la columna vesicular de Clarke que, como Nageotte (7) ha puesto de manifiesto de una manera magistral, se presentan muy pronto, casi al mismo tiempo que las de la bandelette externe de Pierret. Y no olvidemos que en las células de la columna vesicular de Clarke y en las de sus nú-

cleos análogos de las regiones cervical, lumbar y sacra; se origina el haz de Flechsig que es una de las vías cerebelosas aferentes más importantes. Pero del mecanismo de esto se está aún á obscuras y nada se sabe.

Queda por examinar la influencia de las vías vestibulares en la producción de la ataxia tabética. En un número pequeño de casos de tabes, en los que los alemanes llaman *Kopftabes*, hay lesiones de la raíz vestibular. Casos de estos clínicamente estudiados han sido publicados varios, y seguidos de autopsia son clásicos ya los de Habermann (9), Strümpell y Mayer (10). Pero la significación de este síntoma como agente productor de la ataxia es en nuestro sentir muy pequeña.

Esta última afirmación nuestra la fundamos en dos clases de hechos. En primer lugar, por ser relativamente poco frecuentes los síntomas por parte del vestibular. Y en segundo lugar, porque las lesiones del vestibular, máxime las de este tipo que van poco á poco poniendo fuera de función los conductos semicirculares, tienden á compensarse. La Fisiología nos da una prueba decisiva en este sentido con las experiencias de Ewald. Y la Patología nos enseña que en los niños que un proceso meningítico seroso ó cerebroespinal ha destruído los dos laberintos, los trastornos de la marcha del comienzo van disminuyendo y desaparecen. Precisamente no olvidará esto mi colega, porque por ahora hará unos dos años yo tuve el gusto de discutir con el Dr. Lafora en la Academia Médico Quirúrgica sobre uno de estos casos que él creía de sordera central (por estar cogidos también los dos nervios cocleares) y en los que la intervención de distinguidos otólogos le pusieron de manifiesto de lo que se trataba y que su diagnóstico era falso. Sin embargo, como quiera que en estos casos últimos la falta de estímulos propioceptivos procedentes del vestibulo se compensa con los que proceden á los centros de todas las partes del cuerpo, puede ocurrir que á los factores periféricos se unan en la tabes los vestibulares reforzándolos. Pero si aquellos no adquieren una cierta intensidad, por sí solos los vestibulares no nos explican el síntoma.

Sobre si la clínica ofrece aquí un amplio campo de investigación, etc.... tal como el Dr. Lafora dice en su conclusión cuarta, debemos manifestar lo siguiente:

Sabe ó debe saber el Dr. Lafora (diferenciándose de otros señores que dicen lo contrario) que en Neurología, la clínica por sí sola, para aclarar todos estos problemas de patogenia no van á ningun lado. Es preciso el estudio clínico acabado y perfecto del enfermo y luego un estudio anatómico de la pieza, no macroscópico, sino en cortes seriados. Esto es muy penoso y es natural que el Dr. Lafora no lo haga, pues lleva mucho tiempo, aparte que los métodos de Marchi y Weigert-Pal que son los clásicos empleados, aunque no complicados, exigen un aprendizaje y una constancia que no es para todos. Eso, amén de dedicar tiempo al estudio de una pieza en la que no se encuentra nada nuevo ni digno de ser publicado, cosa que ocurre con alguna frecuencia. No es de extrañar, por tanto, que se diga que la clínica es un amplio campo de experimentación, etc... si se tiene en cuenta lo que acabamos de señalar. Después de todo,

nada de particular tiene que haya quien entienda las cosas como más agradables le sean. Pero es que aun en la clínica pueden hacerse las cosas de otra manera que las que por lo visto son las habituales del Dr. Lafora. Barany es sin duda alguna un modelo digno de ser imitado, mejor que ser puesto como ejemplo, haciendo por otro lado lo contrario de él. Por ejemplo, el Dr. Lafora supone que en la ataxia tabética influyen factores laberínticos, y en los cinco casos suyos, sobre todo el primero en el que no había síntomas objetivos de la sensibilidad, se queda con la suposición de si será ó no será, cuando tan fácil hubiera sido hacerles la exploración del nervio vestibular empleando los métodos de Barany. Esto hoy se hace en todas las clínicas neurológicas del mundo, pues un irrigador con una goma y agua caliente y fría no es cosa que no esté al alcance de todas las fortunas.

Si se queda con esa duda, ¿cuál es el objeto del artículo del Dr. Lafora? ¿Informarnos de lo que no sabíamos? Claro está que si él nos lo repite lo sabremos aún mejor, y como se ha visto en el curso de este escrito, le da una originalidad que no se nos había ocurrido á todos, pues casi todos los hechos son nuevos y las conclusiones extraordinarias. Pero sentimos muchísimo que se haya molestado para esto, porque dicho con el afecto de amigo, su inteligencia y actividad hubieran encontrado en otra cosa mejor marco que en este asunto.

Bibliografía.

1. NAGEOTTE. — Pathogenie du tabes dorsal, París, 1903
- IDEM.—Degeneration colaterale des fibres nerveuses... lésions tabétiques des racines medulleires. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1906.
2. SCHAFFER KARL.—Beitrag sur Histopatogenese des tabischen Hinterstrangdegeneration. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde.
- IDEM.—Tabes dorsalis. Lewandowsky's Handbuch.
3. STILLING.—Archiv. f. phys Heilk. Stuttgart, 1842.
4. PANIZZA.—Ricerch sp. sui nervi, Pavía, 1834.
5. JENDRASSIK.—Über die Lokalisation der Tabes dorsales.—Deutsche archiv f. Klin. Med. 1888.
6. WEIGERT.—Bemerkung über eine Kleinhirnveränderungen bei Tabes dorsalis. Neurol. Zentrablatt, 1904.
7. NAGEOTTE.—Note sur la topographie, la forme et la signification de la bandelette, etc., Comptes rendues. Tomo XV, 1903.
8. HABERMANN.—Ueber Erkrankung des Gehörorganes infolge von Tabes. Arch. f. Ohrenheilkunde, 33.
9. STRÜMPELL.—Beiträge sur Pathologie des Rückenmarks Arch. f. Psychiatrie, 11.
10. MAYER.—Die Erkrankung des Gehörorganes bei allgemeiner progressive Paralyse. Arch. f. Ohrenheilkunde, 72.

Equipo sanitario para las inspecciones provinciales ⁽¹⁾

POR

VÍCTOR M.^a CORTEZO

Las prendas de vestir deben colgarse en los ganchos, abotonadas por su parte superior, con lo

(1) Véase el número anterior.

cual se facilita la circulación del vapor y se evitan las arrugas. Las mantas, alfombras, etc., según su tamaño, se colocarán extendidas ó enrolladas.

Las ropas de color se pondrán separadas de las blancas para evitar que al desteñirse aquellas, perjudiquen á éstas. Los tapices y lienzos de valor deben protegerse con un paño blanco, y, finalmente, tampoco se introducirán objetos de pino, por si al dar resina y estropearse ellos, estropean también á los que con ellos se ponen en contacto.

**

El aparato formógeno que se envía con este equipo, y que se destina á la desinfección de locales, por formaldehización, corresponde al tipo Torrens (ya sea original ó modificado «formo-vapor Homet») ó al tipo Hotton, construido en España por la casa Averly.

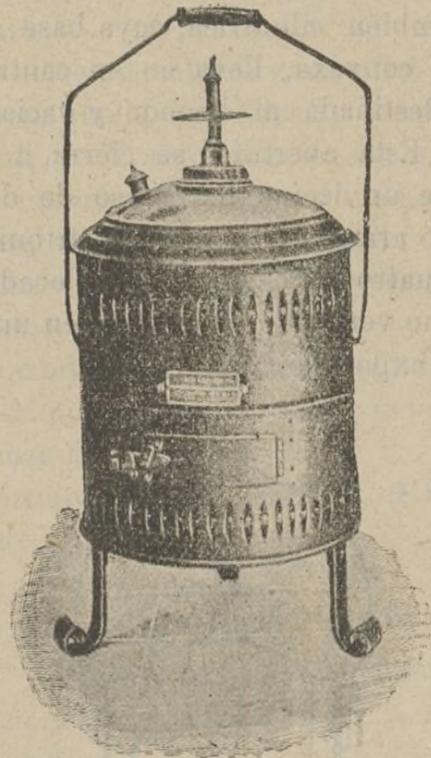


Fig. 4.^a

Antes de describir estos aparatos, y teniendo en cuenta que no es natural que los propios inspectores provinciales de Sanidad realicen estas prácticas, sino que habrán de encomendarlas á un personal, urgentemente reclutado, he de dar algunas normas sobre el modo de preparar los locales que han de someterse á la formaldehización, y algunas observaciones sobre la manera de ponerlo en práctica.

Lo primero es la cubicación del local, cuya cifra debe conservarse en la memoria, ó mejor apuntada, pues tiene una importante aplicación, como después veremos.

Una vez lograda la cubicación, cerrar cuidadosamente ventanas y puertas, dejando una solamente para que salga el operador. Cubrir de papel engrudado todas las juntas de esas puertas y venta-

nas, grietas de las paredes, orificios comunicantes con otro local ó con el exterior, chimeneas, etc., y colocado el aparato en el centro de la habitación, encendido, se espera que comience á funcionar, y entonces sale el desinfectador por la única puerta libre, y la cierra cuidadosamente, recubriendo (esta vez desde fuera) las juntas.

Esto es sencillo, si se trata de locales vacíos; pero lo corriente es que sean alcobas de enfermos, que ya no las habitan (por curación, muerte ó traslado). En este caso, la preparación es algo más complicada. El local no debe estar á baja temperatura, en invierno debe calentarse previamente. De no poder hacer esto, empléense dosis dobles. Nunca debe abrirse un cuarto antes de cinco ó seis horas.

Es de gran interés la mayor perfección posible en la oclusión del cuarto, pues el gas se escapa fácilmente.

Siempre la desinfección gaseosa es únicamente superficial. Teniendo esto en cuenta, se comprende el interés que tiene la disposición que debe darse á los objetos que han de desinfectarse, y no exponiendo á la acción del formaldehido sino aquellos que no puedan desinfectarse en otra forma, pues salvo que la desinfección no les serviría, quitarían gas á los que le necesitan. Los objetos más continuados se colocarán en la parte superior del local, por tener el formaldehido allí mayor poder que en las capas inferiores.

Se investigará si durante la enfermedad ha habido traslado de muebles, objetos, ropas, etc., y, diplomáticamente, ó á *fortiori*, enterarse donde han sido llevados, restituirlos á la alcoba del enfermo, para desinfectarlos, ó practicar una desinfección especial. Procurar que no quede en el local ningún depósito de agua (vasos, jarros, cubos, etc.), ni ningún líquido destapado (medicinas). No se consentirá sacar de la alcoba ningún objeto, por insignificante que parezca, ni penetrar á nadie, por derechos que alegue, que no esté relacionado con la desinfección.

Los muebles de los locales, que deben someterse á la acción del formaldehido, serán separados de las paredes, para que la atmósfera de gas desinfectante ejerza su acción sobre toda su superficie. Los de escaso peso pueden ser colgados: sillas, mesas pequeñas, etc.

Las cuerdas ó correas que se empleen para colgarlos deben impregnarse en líquido desinfectante, porque en la parte de la ligadura el mueble queda defendido de la acción del gas. Los cuadros se separarán de la pared, para que el gas pueda circular alrededor de ellos; basta para esto colocar un pedazo de madera entre la pared y el cuadro.

Las ropas blancas serán colgadas en un sistema de cuerdas, previamente dispuesto, sin arrugas ni

dobleces. Esto, claro es, en casos de poca gravedad; porque las ropas blancas de uso del enfermo y enfermeros, deben ser lejiadas, sumergidas en solución desinfectante, ó sometidas á la acción de las estufas de vapor. Las ropas exteriores (vestidos), si no se han usado, se someterán á la acción del formaldehído, disponiéndolos estirados, con los bolsillos y carteras vueltos, es decir, presentando la mayor superficie posible, puesto que el poder de penetración de los gases del formol es muy pequeño (0.007 milímetros), y muy dudoso.

Deberán abrirse puertas y cajones, sin tropezar su interior, si se tiene la certeza de que no se han usado durante la enfermedad.

Los cajones de los muebles y armarios en los cuales, por razón de uso, se haya manipulado, se vaciarán, y cuanto ellos contengan será objeto de desinfecciones circunstanciales.

Para practicarse la formaldehización de un local, hay que vaporizar la solución de formalina al 40 por 100, adicionada de una cantidad de agua, variable según las circunstancias, y los aparatos empleados, como también es variable la cantidad de combustible (alcohol ó petróleo). Estas cantidades nunca deben de ser confiadas á la memoria, puesto que cada aparato tiene sus tablas especiales de proporcionalidad, en relación con la cubicación de los locales.

Sin embargo, y en caso de falta de estas tablas, es regla general emplear un gramo, 0,6 decigramos de aldehído fórmico por metro cúbico de local. En infecciones graves 2 $\frac{1}{2}$ gramos por metro cúbico.

Casi todos los aparatos fomógenos pueden aplicarse indistintamente dentro y fuera del local, pero siempre que sea posible y no exista peligro de incendio, se deben emplear los aparatos que funcionan dentro de la habitación.

En casos peligrosos (peste neumónica), se debe hacer una desinfección *desde fuera*, antes de penetrar en el local infectado; pero sin que esto evite la del interior, pues los aparatos que funcionan desde el exterior reparten mal los gases, y, además, cuando se emplean es porque no ha podido penetrarse en el local, prepararlo debidamente, y cerrarlo herméticamente.

En los casos en que se emplean aparatos desde fuera de la habitación, es recomendable emplear doble dosis de formalina, por ser el reparto más difícil.

La adición del agua á la solución de formalina tiene por objeto aumentar la penetrabilidad de los gases de formaldehído que es muy escasa (0,006 milímetros).

Al emplear los aparatos dentro del local debe procurarse que ocupen el centro de la habitación de-

jando á su alrededor el espacio libre suficiente para evitar ó disminuir la probabilidad de un incendio. En los casos en que sea preciso utilizar dos ó más aparatos, se repartirán proporcionalmente en el interior, cuidando siempre de su horizontalidad, con objeto de que la llama de alcohol caliente por igual.

El aparato Torrens (fig. 4.^a) como su modificación (Formo-vapor-Homet) y el Hotton, son de caldera única, y esto resulta ventajoso en la práctica sanitaria de urgencia, pues nos consiente el empleo de la solución de formalina al 40 por 100, del formol sólido (paraformaldehído en pastillas de un gramo), y además la neutralización por el amoníaco, cuando es precisa, utilizando el mismo aparato.

El fomógeno Torrens está constituido por un cuerpo cilíndrico de palastro, con soporte de tres pies y terminado en una gran asa de hierro, provista de agarrador en madera, que desempeña el papel de guarda-fuegos. Suspendida en él va una caldera también cilíndrica, cuya base superior, ligeramente convexa, lleva en su centro la única abertura destinada al llenado y vaciamiento del recipiente. Esta abertura se cierra, á tuerca, por una tapa de un decímetro escaso de diámetro, de cuyo centro arranca el aparato distribuidor, que se reduce á cuatro tubos en aspa, colocados normalmente á uno vertical, que remata en una pequeña válvula de expansión (fig. 5.^a).

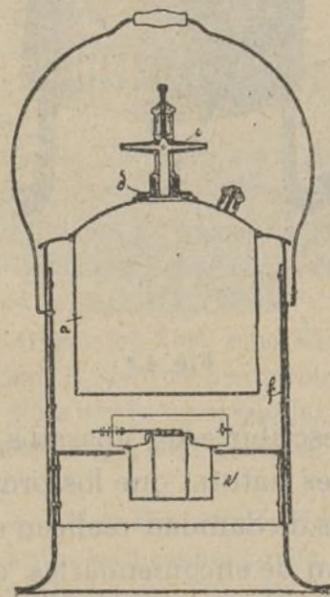


Fig. 5.^a

En el fondo del guarda-fuegos va el generador del calor, que en este caso se reduce á una lámpara de alcohol.

Además de la válvula de expansión que lleva como remate el tubo que soporta los distribuidores, hay otra en la parte superior de la caldera, que garantiza el buen funcionamiento del aparato, y evita todo riesgo de explosión.

Efectuados los preparativos ordinarios para la

desinfección, se cierra herméticamente el local y se coloca el aparato Torrens en el centro.

Si se quiere operar desde fuera, se desatornillan los distribuidores y se atornilla un tubo corto, acodado, al cual se enchufa otro de goma que se hace pasar á través de la puerta, aprovechando uno cualquiera de sus orificios.

El Torrens debe colocarse sobre una plancha ó recipiente plano, con objeto de lograr la mejor nivelación posible.

Hecho esto, se procede á llenar la caldera y la lámpara, para lo cual es preciso tener presente los cuadros que publicamos á continuación.

Llena la caldera, se atornilla la tapa, se convence el operador de la permeabilidad de los distribuidores por medio de un fiador que con este objeto acompaña al aparato; se pone alcohol en el hornillo (una cantidad proporcionada á la cubicación del local) y se prende, aguardando á que se forme bien la llama.

Se coloca la caldera dentro del guarda-fuegos, y se espera que la vaporización comience. Desde este momento, el Torrens funciona solo, dejando de funcionar cuando se termina el alcohol.

Para neutralizar con amoníaco, se pone éste en la caldera, en lugar de la formalina, y se opera exactamente igual.

El contacto del formaldehido debe durar de tres y media á siete horas, á partir del momento en que comienza la operación.

Terminada la cual, se lava el Torrens con agua caliente.

PROPORCIONES

Para el empleo del formol líquido.

Á RAZÓN DE 2,5 GRAMOS DE FORMOL POR 1 M ³ DE SALA				Á RAZÓN DE 5 GRAMOS DE FORMOL POR M ³ DE SALA			
Volumen de la sala en m ³ ...	Formol á 40 por 100 en cm ³ ...	Agua en cm ³ ...	Alcohol de 90° en cm ³ ...	Volumen de la sala en m ³ ...	Formol á 40 por 100 en cm ³ ...	Agua en cm ³ ...	Alcohol de 90° en cm ³ ...
20	250	1000	230	20	500	750	230
30	300	1200	280	30	600	900	230
40	400	1600	390	40	800	1200	390
50	450	1800	470	50	900	1350	470
60	500	2000	550	60	1000	1500	550
70	550	2200	600	70	1100	1650	600
80	600	2600	680	80	1300	1950	680
90	700	2800	750	90	1400	2100	750
100	750	3000	830	100	1500	2250	830

Para el empleo del formol sólido (pastillas).

Á RAZÓN DE 2,5 GRAMOS DE FORMOL POR 1 M ³ DE SALA				Á RAZÓN DE 5 GRAMOS DE FORMOL POR 1 M ³ DE SALA			
Volumen de la sala en m ³ ...	Pastillas de formol de 1 gramo...	Agua en cm ³ ...	Alcohol de 90° en cm ³ ...	Volumen de la sala en m ³ ...	Pastillas de formol de 1 gramo...	Agua en cm ³ ...	Alcohol de 90° en cm ³ ...
20	75	700	165	20	150	700	180
30	100	1100	260	30	200	1100	280
40	125	1500	345	40	250	1500	370
50	150	1800	425	50	300	1800	460
60	175	2100	500	60	350	2100	540
70	200	2400	575	70	400	2400	620
80	225	2700	650	80	450	2700	700
90	250	3000	715	90	500	3000	770
100	275	3300	790	100	550	3300	850

Para la neutralización por el amoníaco.

Á RAZÓN DE 2,5 GRAMOS DE FORMOL POR 1 M ³				Á RAZÓN DE 5 GRAMOS DE FORMOL POR 1 M ³			
Volumen de la sala en m ³ ...	Amoníaco á 25 por 100 en cm ³ ...	Agua en cm ³ ...	Alcohol de 90° en cm ³ ...	Volumen de la sala en m ³ ...	Amoníaco á 25 por 100 en cm ³ ...	Agua en cm ³ ...	Alcohol de 90° en cm ³ ...
20	125	500	75	20	250	1000	150
30	150	500	80	30	300	1000	160
40	200	500	90	40	400	1000	180
50	275	500	100	50	550	1000	200
60	300	700	120	60	600	1500	250
70	325	700	125	70	650	1500	260
80	375	700	130	80	750	1500	270
90	400	700	135	90	800	1500	280
100	450	700	140	100	900	1500	290

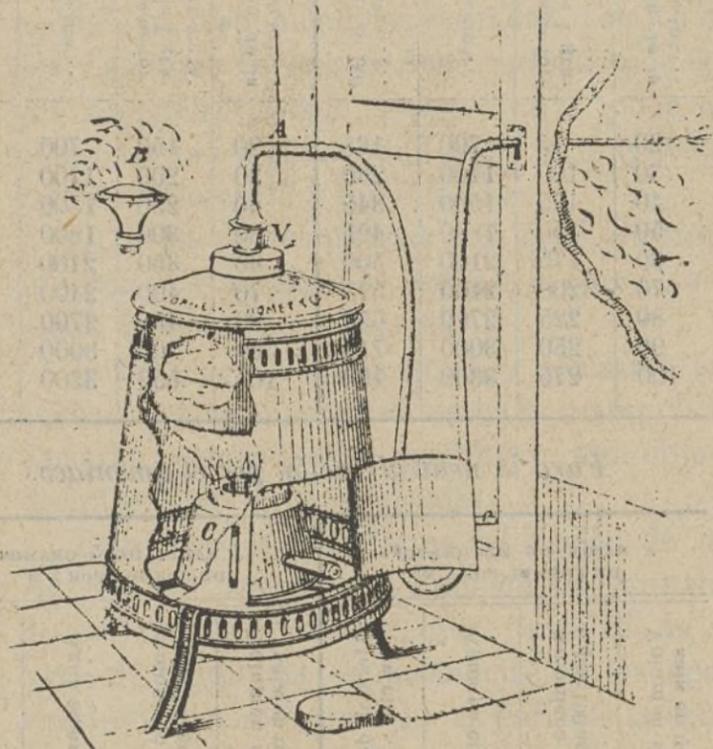
Para la neutralización por el amoníaco se deja preparado el aparato productor, ó la reacción que ha de producirlo, pues esta operación debe hacerse siempre sin intentar siquiera abrir el local, es decir, desde fuera.

Cuando sea preciso neutralizar los gases de formol con amoníaco, no debe emplearse en desinfecciones complementarias ácido fénico, lisol, cresoles, ni ninguno del grupo, pues perdería gran parte de su poder desinfectante.

La producción de amoníaco puede lograrse sin aparato, empleando sal amoníaco, cal blanca y agua caliente, en partes iguales. Por cada litro de formalina empleado en la desinfección se emplearán 750 gramos de sal amoníaco en la neutralización. La acción del amoníaco es de una hora; después se procede á la ventilación amplia del local.

El aparato Torrens ha sido modificado por la casa Homet, que le da el nombre de Formo-vapor. Es idéntico en forma, manejo, y hasta proporciones, y sólo varía en pequeños detalles de construcción que le benefician.

Así, el cierre de la caldera en lugar de ser de rosca es de presión, sobre un arco de goma, por medio de pernios articulados que ajustan mediante tuercas en mariposa. Esto hace mucho más rápida la abertura y la oclusión (fig. 6.^a).

Fig. 6.^a

En lugar de los surtidores en aspa, lleva una á modo de pompa de regadera (B) con solo cuatro pequeños orificios. Este dispositivo evita que las condensaciones del vapor ensucien el aparato, y también la pérdida de formol, puesto que estos productos de condensación van á reintegrarse á la caldera. Aparte de esto, pequeñas modificaciones de forma en la lámpara de alcohol.

El aparato puede, como el Torrens, funcionar dentro y fuera del local. Las tablas son las mismas.

El aparato Hotton, que ha de sustituir al Torrens en algunos de estos equipos, presenta, sobre éste, la ventaja de que con un solo aparato, y en una sola operación, pueden desinfectarse simultáneamente varios locales, pero tiene el inconveniente de que no puede funcionar dentro de la habitación, quedando reducido su empleo, al de desinfecciones desde fuera.

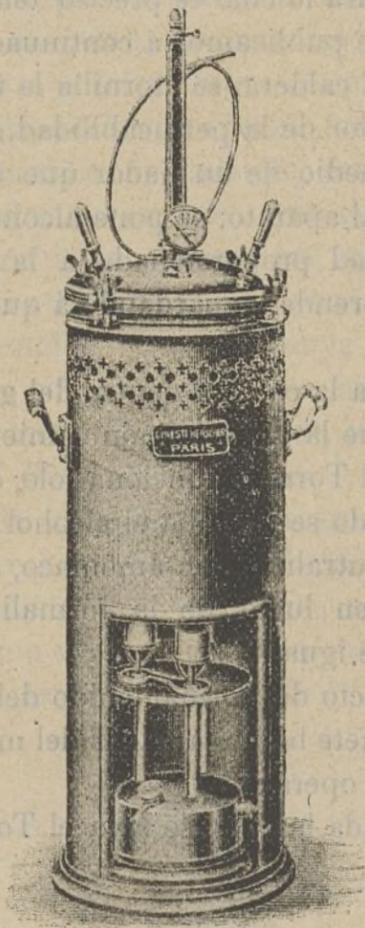
Está formado por un cilindro vertical de hierro pintado, con una escotadura grande en la mitad inferior, destinada á servir de puerta de hogar; éste es una lámpara de vapores de petróleo, de gran potencia, y que más tarde describiré.

El cilindro que constituye el aparato (fig. 4.^a) está dividido en la mitad de su altura por un tabique, también de hierro, que hace en absoluto independientes la mitad superior y la inferior; la primera es la caldera, la segunda hace de guardafuegos.

La base superior del cilindro es una tapa metá-

lica, idéntica á la de los autoclavos corrientes, cuyo ajuste, con el resto del aparato, se hace como en aquéllos, por intermedio de tornillos articulados, y tuercas de aletas.

Esta tapa presenta dos orificios: uno, del que arranca el tubo de cobre, que ha de conducir los vapores de formaldehído al interior de la habitación, á través de un orificio cualquiera (cerradura), y otro, del cual arranca un tubo de vidrio cerrado en su extremo superior.

Fig. 7.^a

Este tubo de vidrio se destina á alojar una varilla metálica, cuyo extremo superior es libre, y cuyo extremo inferior termina en un flotador, también metálico.

Adosada á este tubo de vidrio va una regla de latón, graduada en divisiones que indican las diversas cubicaciones que pueden tener los locales.

En los aparatos corrientes, estas divisiones están comprendidas entre el cero (parte inferior de la regla) y 150 metros cúbicos de local. En los aparatos mayores, las divisiones llegan á 250 y 300 metros cúbicos.

Estos aparatos grandes llevan, además, un manómetro, indicador de las presiones de la caldera.

Para evitar la publicación de más tablas proporcionales, podemos utilizar estos aparatos con los cálculos empleados para el Torrens, despreciando las proporciones de alcohol, que en este caso no tienen objeto.

Para la neutralización se emplea el amoníaco al

25 por 100, en idéntica forma y proporción que en el Torrens.

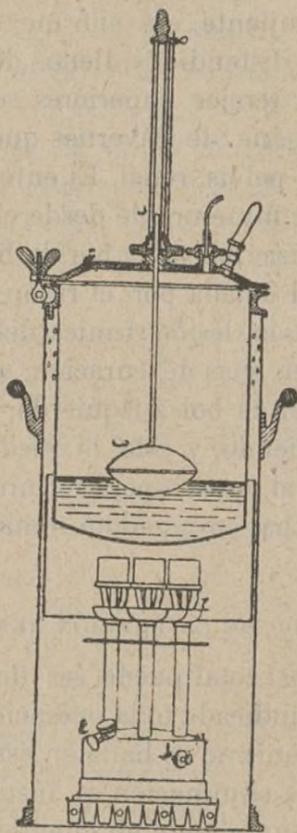


Fig. 8.^a

Marcha de la operación:

Separada la tapa, se introducen en la caldera el agua y el formol, se coloca el flotador, que nadará en la superficie del líquido; se introduce la varilla de este flotador en el tubo de vidrio y se afirma la tapa, atornillando fuertemente las tuercas de aletas en las muescas correspondientes.

Hecho esto, se prepara la lámpara, según luego indicaré; se coloca dentro de la mitad inferior del aparato, cuidando que la bomba de que va provista quede en la puerta, con objeto de facilitar su manejo; se prende fuego, y se introduce el tubo de cobre en la habitación á través del orificio que se haya elegido.

Claro es, que antes se ha determinado la cubicación del local, y la cifra que la representa en la regla del latón se hace coincidir con el extremo libre de la varilla, deslizando dicha regla á lo largo del tubo de vidrio y afirmándola, cuando se logra la coincidencia, con un tornillo, de que va provista.

El calor proporcionado por la lámpara hace hervir la mezcla desinfectante, y el vapor escapa por el tubo de cobre, penetrando en el local. Según se van produciendo vapores, la cantidad de líquido irá disminuyendo, y, por consecuencia, el flotador, al descender, hará descender la varilla. Cuando ésta llegue al cero de la regla, la desinfección se puede dar por terminada.

Después, ó se ventila solamente, ó se hace antes la neutralización con el amoníaco, para lo cual

se hace funcionar el aparato de idéntica manera.

Si no se tienen á mano, ó no quieren emplearse, tablas de proporcionalidad, se debe tener en cuenta que el líquido desinfectante debe tener un 7,5 por 100 de concentración, para conseguir lo cual se mezcla la solución de formalina al 40 por 100 con agua pura, en proporción de $\frac{3}{4}$ de litro de la primera por $3\frac{1}{4}$ litros de la segunda.

La habitación debe quedar cerrada durante tres horas y media á siete, según la cantidad de formol vaporizada.

Se preparará como para todas las desinfecciones gaseosas.

La lámpara, que sirve de foco de calor á este aparato, es de vapores de petróleo y para utilizarla se desenrosca el tapón que lleva en el depósito y se vierte en éste una cantidad de petróleo, equivalente á tres cuartas partes de la capacidad total del recipiente, cerrando en seguida con el tapón.

En los platillos que llevan los mecheros, se coloca una pequeña cantidad de alcohol desnaturalizado, y se prende hasta casi su completa extinción. Cerrado el ventilador se hace jugar el pistón de la bomba que lleva el depósito, hasta que el petróleo gasificado salga por los mecheros.

Con este pistón se gradúa la intensidad de la llama, y para apagar, basta abrir el ventilador.

(Concluirá.)

Momentos anteriores al operatorio en la cirugía renal

POR EL

DR. ANGEL PULIDO MARTÍN

Del Hospital de San Juan de Dios, de Madrid.

La anamnesia, la exploración clásica del caso, el análisis químico y bacteriológico de su orina, la radiografía, etc., nos han persuadido de que nos encontramos ante un enfermo renal. Se empieza á plantear el problema de la operación; para decidirse, el cirujano atenderá á los datos que revelen.

I.—EL ESTADO GENERAL DEL SUJETO.

Es evidente que si el estado general del enfermo es de tal manera precario que haga temer un fracaso inmediato, el cirujano debe abstenerse de operar. La abstención puede ser definitiva ó transitoria.

Abstención operatoria definitiva.—Un ejemplo lo tenemos en el caso de una señorita que me consultó hace tres años por una tuberculosis urinaria con localización preferente en un riñón. Deseaba la familia hiciese yo á la enferma la separación de las orinas procedentes de cada uréter, y si uno de los riñones funcionaba en cantidad suficiente, que procediera á la extirpación del enfermo; pero yo me negué en redondo á realizar exploraciones molestas y penosas, como son

las que tienen por objeto la determinación de la función aislada de cada glándula renal, porque vi que la enferma era una adisoniana en el último período, con gran taquicardia y sin tensión sanguínea... Era un caso de particular interés para mí, por el deseo que tenía de satisfacer á la personalidad que me lo había recomendado, entre otras razones, por la fe que en mí mostraba, pues sólo para que yo viera á la enferma le había obligado á un viaje desde lejana provincia, y la muchacha venía segura de que sería operada en plazo breve y curaría radicalmente de todos sus dolores... Por si pudieran ser eficaces, administramos á la paciente diversos preparados de las cápsulas suprarrenales, tónicos generales y cardíacos, etc., todo inútilmente. Aconsejé el regreso al hogar de la enferma, prometiendo á ésta, como es lógico, la salud, con cuantas garantías pudiera exigir su ánimo, abierto siempre á la esperanza, pero aclarando á la familia las razones por las cuales no llevaba más adelante el estudio del caso. En efecto; antes de dos semanas, y de repente, como mueren muchos adisonianos, falleció esta enferma, y la familia reconoció, agradecida, la justeza de mis previsiones, ahorrando á la paciente molestias y evitando el trastorno de la muerte fuera de la casa.

Abstención transitoria de la operación.—Un ejemplo instructivo que ofrece particular interés confrontándolo con el caso anterior, es el de un niño que ya está curado á los dos meses de extirparle el riñón izquierdo tuberculoso. Es un muchacho de diez y siete años, que apenas representa trece, negro como un zapato, con todos los signos de los adisonianos, débil toda su vida, y mucho más después de cinco años de continuo sufrir por una tuberculosis génitourinaria, localizada preferentemente en el riñón izquierdo, en la vejiga y en el epidídimo izquierdo, con síntomas vesicales desde el principio. Este muchacho deseaba ardientemente ser operado, y con un estado general mediano, ingresó en el sanatorio; pero al ver el espectáculo de la actividad quirúrgica de diversos cirujanos, los ayes de los vecinos de cuarto, el alejamiento de algunos de sus familiares, etc., ejercieron tan deprimente impresión sobre su ánimo, que la víspera del día destinado para la operación tenía, sin fiebre, 130 pulsaciones por minuto, y la tensión sanguínea era tan baja, que parecía inminente el colapso. Aplacé el intervenir y puse al enfermo inyecciones de adrenalina, de suero salino con estricnina y tónicos cardíacos, sin sacar al enfermo del sanatorio, para procurar que se acostumbrara al nuevo ambiente y evitarle la salida de aquella casa, donde había ido para curarse, en igual estado á como se encontraba en el momento del ingreso; pero todo fué inútil, y no se pudo notar mejoría alguna mientras el enfermo se halló en aquel medio, tan diferente del suyo habitual. Volvió; pues, á su domicilio, en Madrid, y las mismas substancias que fuera de su casa no ejercieron ninguna influencia, le dieron, ya al lado de sus padres y hermanos, tantas energías, que juzgué podría soportar en el mismo domicilio del enfermo la extirpación del riñón, pues el estado de la función renal total era perfecto, según me demostraron los análisis y constantes

ureica y clorurada hechos por el Dr. D. Modesto Maestro. La operación fué una nefrectomía subcapsular del lado izquierdo. El riñón, envuelto en una cubierta infiltrada, densa, crujiente, era enorme; el polo inferior ofrecía sus cálices distendidos, llenos de una orina purulenta, y los dos tercios superiores se hallaban convertidos en una serie de cavernas que comunicaban entre sí y con la pelvis renal. El enfermo ha tenido una convalecencia inmejorable desde el punto de vista urinario; la cicatrización de la herida ha sido perfecta; la enorme cavidad dejada por el riñón se ha rellenado con gran rapidez; la lesión fimica del epidídimo izquierdo aparece en vías de curación; se ha cerrado la fistula que había en la bolsa izquierda; las molestias de la vejiga van cediendo, y sólo le queda una pequeña irritación intestinal, que espero termine gracias á los baños de sol, que ha empezado á tomar hace algunos días.

II.—EL ESTADO DE LA FUNCIÓN RENAL TOTAL.

La función renal total puede ser deficiente, y entonces está contraindicada toda operación radical, pues claro que si el organismo se halla en estado de equilibrio inestable, si la eliminación es insuficiente y, por lo tanto, se van acumulando en el enfermo los productos que deben desaparecer, estamos obligados á conservar con el mayor cuidado las más pequeñas porciones de tejido renal, pues al quitar un trozo de parénquima tan reducido que en ocasiones sólo con el microscopio podemos reconocerlo, acaso se priva al organismo, precisamente, de la cantidad de riñón que le consentía vivir. Añádase el traumatismo nervioso que supone una nefrectomía, la influencia que ésta ejerce sobre la presión sanguínea y sobre la actividad del otro riñón, la sobrecarga impuesta á ese riñón para eliminar los productos anestésicos, etc., etc., y se comprenderá que para llevar á cabo una nefrectomía se necesita una función renal total buena, más que buena, excelente, si nos ha de permitir pasar el Rubicón del acto quirúrgico.

Lo dicho no quiere significar que, ante un enfermo con una función renal insuficiente en su totalidad, debamos cruzarnos de brazos y presenciar impasibles cómo se va acabando su vida entre dolores y desesperaciones. El cirujano puede actuar de muy distintas maneras y ser útil á su enfermo de muchos modos diversos; ejemplo: el enfermo que ocupa en este momento la cama núm. 78 de mi clínica. Tenía este joven, de treinta y dos años, desde hace tres, dolores en ambos riñones, que se habían fijado de manera preferente en el riñón izquierdo, donde los sufrimientos llegaron á ser intolerables. Con un estado general que daba lástima, acudió á nuestra clínica, ofreciendo todos los síntomas de una tuberculosis renovesimal y tuberculosis en los dos pulmones, con diarreas profusas, anorexia, insomnio, etc., etc., á lo que se añadió, después de algunos meses de tratamientos médicos, la depresión de espíritu, resultante de ver cómo eran operados y salían buenos otros enfermos que él juzgaba en análogo estado, aunque, dicho se está, no se hallaban en tal situa-

ción cuando eran operados y curaban. En este caso, el riñón izquierdo aparecía grande, fijo, envuelto en una masa de difícil delimitación...

El dolor en la región renal izquierda era desesperante; la estranguria, las molestias en la vejiga, horribles; la micción, cada dos ó tres minutos, entre ayes é imprecaciones. El estado general, cada vez más caído, y el enfermo apremiaba para ser operado. El día que dije: «Preparen este enfermo para mañana», fué el más feliz de cuantos recordaba en su triste calvario...

(Se continuará.)

PROPAGANDA ANTIVENÉREA ⁽¹⁾

(PROGRAMA DE CONJUNTO)

POR EL

DR. GOUGEROT,

Profesor agregado de la Facultad de Medicina de París, médico del Hospital de Saint-Louis.

TRADUCIDO POR E. LUENGO

5.º *Carteles* grandes y pequeños profusamente fijados. Será preciso imponerlos á las Administraciones timoratas, exigir su colocación en un buen lugar y no en un rincón obscuro, en una multitud de anuncios superpuestos. Sería preciso, además, ampliando las tarjetas postales, hacer carteles ilustrados muy demostrativos.

(A propósito de todos estos anuncios de mariposas, grandes y pequeños carteles en los muros, en los urinarios, se establecen dos ruegos: 1.º, librarles del derecho de Timbre; 2.º, reservarles un lugar especial en las carteleras de publicidad, urinarios, etc.)

6.º *Folletos* detallados: estos folletos de algunas páginas deben multiplicarse; son conocidos los de Fournier, de Burlureaux, Pinard, Mme. Avril de Ste. Croix. M. Herr, director del Museo Pedagógico, ha hecho editar dos de mis conferencias, una destinada á un público de hombres, de 59 páginas; la otra, de 36, para un público de mujeres.

Estos folletos, bastante costosos actualmente, deberían ser vendidos, pero con pérdida, á los Comités regionales y á los propagandistas.

7.º *Conferencias con proyecciones*.—Gracias al Museo Pedagógico y á su eminente director, M. Herr, funciona ya una organización en el Museo Pedagógico (41, rue Gay-Lussac, en París) completamente satisfactoria. El Museo Pedagógico envía gratuitamente por correo postal á todo propagandista serio, mis dos series de proyecciones, 8 ½ por 10 en negro, una de 80 clichés (conferencia para hombres), otra de 54 (conferencia para mujeres) con dos modelos de conferencias que he redactado. Sería preciso, además, emprender la formación de colecciones de clichés en colores (empleados por los americanos durante la campaña de Francia) reproduciendo los moldes más interesantes del Hospital Saint Louis, las tarjetas postales, estadísticas ilustradas, etc.

8.º *Estereógrafos y moldes*.—Un procedimiento anejo, empleado por los americanos en sus centros milita-

res, es el estereógrafo, ó sea un mueble que contiene una serie de vistas estereoscópicas antivenéreas.

Quizá también se podrían constituir colecciones de moldes análogos á los del Museo del Hospital St. Louis. Pero éste es un procedimiento secundario y costoso que se reserva para más tarde.

Más económicas resultan las visitas al Museo del Hospital St. Louis, tales como las que hemos dirigido de instructores é institutrices, y para este objeto hemos preparado una pequeña guía del propagandista en el Museo de St. Louis.

9.º *Conferencias con películas cinematográficas*.—Las películas han sido muy empleadas por los americanos durante la gran guerra, y gracias á M. Bradley he podido proyectar dos de ellas en las conferencias del Museo Pedagógico.

La primera, de la clase de las de «dibujos animados», verdaderamente notable, comprende dos partes: la primera, de esquemas anatómicos animados; la otra, visita á un hospital de venéreos y de locos; los americanos nos han dado un modelo de ella y el Comité Nacional nos ha concedida 6.000 francos para hacerla reproducir.

La segunda, «the end of the road» (el final del camino) es también verdaderamente notable. Es una novela muy bien concebida, dura una hora sin que languidezca el interés y los espectadores han quedado muy impresionados. Con M. Sicard de Plauzoles continuamos las negociaciones para obtener esta película.

Conocemos una cinta francesa, creo que de Pathé. Soldado francés y soldado italiano, y sabemos que el Dr. Toulouse prepara otra. Es preciso que nuestros editores franceses sigan el camino americano y nos den películas de higiene social adaptadas á cada ambiente y á cada edad.

El Museo Pedagógico, que tiene ya servicio fijo de vistas y de algunas películas, estará encargado de estas películas y de sus reparaciones. Habrá que exigir una garantía ó un seguro á los que las alquilen en razón del precio de las cintas. Sería preciso prever también la compra y el préstamo de la linterna cinematográfica como las de los centros de la Unión Franco-Americana.

10. *Libros* de higiene social, de educación sexual, de moral, obras de teatro. Estos libros, tales como «La educación sexual» de Sicard de Plauzoles, «Les Avariés» de Brioux, etc., deben ser obligatorios en todas las bibliotecas públicas de las Escuelas primarias superiores, Escuelas Normales, Bibliotecas Comunes, Intercomunales, etc. y una circular ministerial debería exigir su compra con los créditos asignados, antes que cualquiera otra adquisición.

11. *Representaciones* de obras de Higiene social, de educación. La representación de estas obras debería exigirse periódicamente en nuestros teatros, subvencionadas por el Estado y los Municipios; se facilitaría la admisión de obras nuevas. Nuestros educadores, profesores, oficiales, directores de sociedades deportivas y todos los que dirigen teatros de aficionados, deberán estar prevenidos del gran interés que encierra la representación de tales obras.

(1) Véase el número anterior.

12. *Artículos periodísticos* en la gran prensa, periódicos deportivos, periódicos de sociedades deportivas, de sindicatos, etc... Se logrará esto de los directores de los periódicos, y nosotros lo hemos obtenido ya de M. Desgranges, de *l'Auto*; M. Breiex, de *l'Echo des Sports*, etc. Convendría crear en cada periódico de importancia una firma de higiene social, con un artículo semanal.

Hay que emprender especialmente otras tres propagandas:

I. Profilaxia individual por medio de la «Estación profiláctica» y el neceser de bolsillo; anuncio y plano de los gabinetes, consigna del enfermero, técnica en anuncios y tarjetas postales.

II. Educación de las prostitutas por tarjetas, libritos, folletos, anuncios, conversaciones.

III. Educación de los venéreos: por el calendario de tratamiento (nuestro modelo está editado por la casa Maloine, ver *Journal des Praticiens*, 1919, núm. 38), anuncios, etc. (Nuestros modelos de folletos, anuncios, mariposas, etc., han sido publicados en los boletines de la «Société Française de Prophylaxie Sanitaire et Morale», núm. 5, Julio 1919, pág. 130).

Para realizar este programa, se necesitan:

Créditos importantes: 30.000 francos anuales por lo menos, para comenzar; en efecto, las películas cuestan de 500 á 1.000 francos, los folletos á 325 francos los 5.000 primeros, después á 51 francos los 1.000 siguientes, y una tirada de 50.000 disminuirá un poco los gastos. El presupuesto variará según la intensidad del esfuerzo.

Una oficina que informe á los propagandistas, que redacte los folletos, etc... los imprima, los tenga en depósito, los envíe ó distribuya, los haga anunciar; que reclute propagandistas, conferenciantes y comités locales, que organice conferencias con proyecciones, alquile salas, instale la linterna, etc... que haga la publicidad entre los educadores, así como hemos ensayado de hacerlo por nuestras conferencias en el Museo Pedagógico, por nuestros artículos á los instructores é institutrices.

Comités ó corresponsales parisiens, provinciales y coloniales, que provistos de los medios suministrados por esta oficina, podrán comenzar á obrar.

Ordenes dadas á los administradores, prefectos, alcaldes, etc., para favorecer por todos los medios los esfuerzos de estos propagandistas, que demasiado frecuentemente no encuentran más que indiferencia y hostilidad.

CUARTA PARTE

Educación de los educadores.

La propaganda antivenérea exige muchos cuidados, mucha delicadeza. Muchos buenos ciudadanos, mujeres valerosas, desean ayudarnos, pero nos confiesan que retroceden delante de las dificultades; es necesario que los médicos, los administradores, los propagandistas entrenados en una lucha de higiene social, conozcan los medios de educación antivenérea; es preciso, en una palabra, educar á los educadores, enseñarlos á hacer la propaganda. Los americanos han creado con este obje-

to (según se nos ha dicho) organismos especiales, verdaderas escuelas de higiene social; «Peoples Institut», de Nueva York, etc.

En espera de realidades análogas, tal vez lejanas, se puede realizar esta educación de los educadores por tres procedimientos:

1.º *Cursos de higiene social*, tales como los organizados por el Comité Nacional de Educación Física y Sportiva y de Higiene Social, bajo la dirección de M. M. Soizy, Sicard de Plauzoles, Weisweiller, y que va á continuar en París el nuevo Comité de propaganda de higiene social y de educación profiláctica de nuestro presidente, el profesor Pinard. Desde que los cursos existen, yo aseguro la parte antivenérea; tienen lugar dos veces en cada año, en el Museo Pedagógico, 41, rue Gay-Lussac, en París. Sería fácil hacer cursos semejantes en las ciudades principales y adaptados á cada ambiente, por ejemplo, en las Escuelas de alumnos oficiales, proyecto que sería muy pronto realizado, gracias al interés de nuestro colega el médico principal M. Lévy; por ejemplo, en las Escuelas Normales, como queríamos hacerlo este año con M. M. Maurice, Roger y Sicard de Plauzoles y como esperamos hacerlo en 1921.

2.º *Congreso* que reúna á todos los propagandistas de todos los ambientes, con el fin de que, ante todo, nos instruyamos los unos á los otros de los progresos realizados por todos y después con el fin de instruir á los propagandistas no experimentados.

El nuevo Comité de propaganda de higiene social, con el apoyo de la Sociedad Francesa de profilaxia sanitaria y moral, realizará este proyecto en 1921, y los éxitos que conocemos del «Congreso Interaliado de Higiene Social para la reconstitución de las regiones devastadas por la guerra» (Marzo 1919) nos hace prever los mismos éxitos para este Congreso de propaganda, porque los organizadores serán los mismos, nuestros muy queridos colegas Sicard de Plauzoles y Weisweiller.

Estos Congresos deberían ser regulares todos los años, ó cada dos años, y deseamos que en todo Congreso corporativo, profesional, sportivo, se organice una sección especial de higiene social, bajo la dirección de los organizadores de estos Congresos particulares, y de propagandistas y amigos para tratar de las cuestiones urgentes de higiene social.

3.º *Envío de folletos*, programas, medios de ejecución con todos los detalles prácticos, señas, precio de las películas, por ejemplo, lista de los servicios anejos, etcétera, resúmenes de las nuevas adquisiciones científicas y prácticas (método de profilaxia individual), encuestas y estadísticas mostrando la gravedad de la sífilis en tal ambiente, relaciones y resultados obtenidos por tal obra de propaganda, para servir de modelo, etcétera; los envíos serán hechos á todos los médicos, alcaldes, prefectos y consejeros generales, presidentes de las sociedades deportivas, sindicatos obreros, instructores, etc., en una palabra, á todos los que sean susceptibles de llegar á ser propagandistas, entendiéndose bien que á cada ambiente se adaptará un texto especial. Así es como el Comité Nacional ha hecho distri-

buir mi comunicación al Congreso interaliado, «Programa de lucha antivenérea». (Reclámese al Dr. Sicard de Plauzoles, 6, rue Logelbach, París).

QUINTA PARTE

Contraataque contra el charlatanismo y la pornografía.

Es preciso, en efecto, contraatacar dos grandes enemigos de nuestra propaganda: la pornografía, grande proveedora de las prostitutas, y el charlatanismo, que impide la extinción de los virus venéreos.

I. Contra la pornografía es necesario, sin menoscabar á las ligas ya constituidas y sin caer en exageraciones que estropearían nuestra causa, trazar un plan de lucha; reclamar una censura vigilante de las películas, teatros, cafés-concerts, libros, periódicos; prohibir la venta pública de los dibujos, libros, periódicos obscenos á los adolescentes; entrada á los teatros obscenos, cafés-concerts, etc., á los mismos; reservar sesiones especiales de cinematógrafo y de teatro para la juventud.

II. Contra el charlatanismo, sería fácil obrar si se quisiera; una reciente ley inglesa, leyes americanas, constituyen la prueba de ello.

Una ley debería prohibir:

Todo reclamo evidente ó encubierto en los periódicos que no sean profesionales, sobre todo de producto ó método, oficina, etc., relativos al tratamiento de las enfermedades de la piel, mucosas, vías urinarias, ginecología; todo anuncio, distribución de reclamos del mismo orden, salvo á la puerta del médico. Sería preciso, por consiguiente, que la ley obligue á revisar los famosos contratos de adjudicaciones de los urinarios, en muchas ciudades de Francia: París, etc.

Para no poner trabas á una propaganda útil por extractos, artículos de prensa, mariposas, noticias, indicando los servicios anejos, carteles, etc., se autorizarían derogaciones, por una comisión oficial ó por un comité oficioso responsable de propaganda.

SEXTA PARTE

Procedimientos anejos.

Es necesario aún citar el certificado médico de casamiento: nos parece que debe ser hecha una propaganda especial sobre el matrimonio.

Para nosotros, el certificado médico de salud debería ser un requisito obligatorio para autorizar el matrimonio, y á pesar de todas las objeciones, esta medida sería fácil de generalizar; deberá presentarse á la Comisión un estudio especial sobre este asunto.

En espera de la ley que regulará esta cuestión, deseamos que antes de la publicación de un casamiento, se remita una nota á los padres, llamando su atención sobre la necesidad de la «patente de salud».

Este programa es inmenso y necesitará grandes esfuerzos, crecidos créditos. Es una razón más para comenzar lo más pronto posible. El departamento puede organizarse rápidamente, puesto que el ministro ha confiado su creación al Comité de propaganda de higiene social, si el Parlamento les concede los créditos indispensables.

Aunque se haya abusado de la frase «gastos productivos», no hay nada más exacto para la propaganda antivenérea. Es la base de toda la lucha contra las enfermedades venéreas. Los obstáculos encontrados en todos los ambientes provienen, en efecto, de la ignorancia del peligro. Estamos persuadidos de que si el público conociera verdaderamente el peligro venéreo, tomaría una parte de precauciones reales para no exponerse al daño, para prepararse previamente si se exponía, para observarse después del peligro, consultar desde la aparición de las lesiones, tratarse con persistencia; por otra parte, asustado del daño, reclamaría él mismo, medidas que actualmente estorban los prejuicios.

En una palabra: si queremos que nuestros votos en todas las partes de la lucha antivenérea sean aceptados y después seguidos, es preciso, ante todo, enseñar á los administradores, á fin de hacerlos promulgar las reglas de higiene indispensables, y es preciso educar al pueblo á fin de hacerle aceptar estas reglas de higiene.

Periódicos médicos.**APARATO CIRCULATORIO****EN LENGUA EXTRANJERA**

1. **La muerte súbita en los cardíacos, por R. Lutembacher.**—Los cardíacos están amenazados de muerte súbita; sobre todo, se teme en los anginosos, en los portadores de lesiones vasculares ó aórticas, pero también se observa la muerte súbita en el curso de las lesiones valvulares. El autor ha podido comprobar que la trombosis cardíaca juega un papel esencial en este accidente brutal, el cual sobreviene sin causa aparente, ó, por el contrario, coincide con una intervención terapéutica, culpándose á ella, ó al médico, de la muerte. Lutembacher refiere varias observaciones de esta naturaleza, en las que la autopsia descubrió la existencia de trombos de diversa naturaleza, responsables de la terminación fatal súbita; en algunas de ellas la muerte sobrevino aparentemente por la administración de la digital; es probable que este medicamento, al hacer más enérgicas las contracciones del corazón, favorezca la movilización de los coágulos que puedan existir; pero, sin embargo, es más probable todavía que los tónicos cardíacos sólo ocasionen la precipitación de un accidente que no hubiera tardado en producirse espontáneamente. Conviene saber, desde luego, que los cardíacos están amenazados por accidentes de dos órdenes; unos, *mecánicos*, y otros, *sépticos*. Los primeros ceden al tratamiento por lo general; los otros hacen fracasar toda terapéutica, y son origen de accidentes embólicos; por lo tanto, importa mucho conocer bien el *síndrome de infección secundaria en los cardíacos*. Se manifiesta por un estado febril, que no explica ningún foco infeccioso, por anemia, algunas veces subictérica de origen hemolítico, por la modificación súbita de los accidentes asistólicos; cesan de corregirse por el tratamiento y presentan, además, una evolución paradójica. Así, hay que tener sospecha de la aparición repentina de accidentes de insuficiencia ventricular derecha en un sujeto que hasta entonces no presentara más que signos de insuficiencia ventricular izquierda. En ciertos casos, la trombosis cardíaca se manifiesta más claramente por embolias, infartos pulmonares, púrpura, dolores esplénicos. En todas estas circunstancias deben manejarse con prudencia los tó-

nicos cardíacos, advirtiendo á la familia del enfermo de los accidentes que pueden sobrevenir. (*Presse Medicale*, número 21, 12 de Marzo de 1921).—LUENGO.

2. **Acción de la helioterapia y de la fototerapia sobre los dolores precordiales de las anginas de pecho, por M. Artault de Vevey.**—Una primera observación se refiere á una joven de diez y ocho años, con estrechez mitral, que desde hace dos años se acompaña de dolores precordiales violentos, casi permanentes, con paroxismos cotidianos y de accesos de taquicardia, exasperados por el menor movimiento. Al cabo de un mes de tratamiento por la helioterapia y la fototerapia, podía marchar aun por terreno accidentado y trabajar regularmente durante varias horas seguidas. Otra observación: se trata de un hombre que estuvo en las colonias, movilizado durante la guerra y después excluido del servicio por neurosis cardíaca y angina de pecho. Colocado en un negocio financiero importante, su trabajo está constantemente entorpecido por su estado; sensaciones de opresión en el pecho, crisis de taquicardia, etc. Al cabo de diez sesiones de tratamiento, el enfermo se ve completamente libre de todos estos accidentes. Una nueva crisis sobrevenida á consecuencia de un enfriamiento, cede al mismo tratamiento. El autor insiste sobre la mejoría rápida de los accidentes, que tiene lugar desde la primera sesión, hecho que se observa en otros casos menos típicos que los dos precedentes, y sobre las modificaciones observadas á la auscultación en el curso de la cura. (*Bull. gén. de Thérapeutique*, tomo 172, núm. 3, Marzo de 1921).—LUENGO.

3. **Estrechez aórtica no reumática de los jóvenes, por L. Gallavardin.**—Se conocen actualmente tres variedades de estrechez aórtica: 1.^a, la *estrechez aórtica reumática*, la más frecuente, que sobreviene en los sujetos relativamente jóvenes y que puede presentarse aislada ó asociada á otras lesiones endocárdicas; 2.^a, *estrechez aórtica arterial*, que se observa en una edad más avanzada y que resulta de la propagación á las sigmoideas de los diferentes procesos susceptibles de interesar las tónicas de la aorta (ateroma; aortitis sífilítica, etc.), y 3.^a, *estrechez aórtica congénita*, la más rara y peor conocida.

En todas estas variedades, la estrechez aórtica raramente es pura, encontrándose casi siempre asociada á un cierto grado de insuficiencia aórtica. Al lado de estas tres variedades, el autor ha intentado, hace algunos años, apoyándose en hechos publicados anteriormente y en observaciones personales, individualizar una cuarta forma de estrechez aórtica; la *estrechez aórtica no reumática de los sujetos jóvenes*, estrechez aórtica pura, ó claramente predominante que no responde á lo que se conoce de las otras tres formas. En el presente trabajo presenta Gallavardin una nueva contribución al estudio de esta forma de estenosis aórtica. Comprende 10 observaciones, cuidadosamente elegidas, es decir, en las que el diagnóstico de la estenosis no presentaba duda ninguna. Estas observaciones le permiten establecer las conclusiones siguientes: 1.^a, en los sujetos jóvenes se puede observar una estrechez aórtica, con signos físicos muy claros, que no responde á lo que se sabe actualmente de la estrechez congénita, que tampoco es de origen arterial y que tampoco es de naturaleza reumática; 2.^a, esta estrechez se presenta lo más frecuentemente absolutamente pura; cuando va acompañada por una ligera insuficiencia, queda siempre netamente predominante; 3.^a, clínicamente, esta estrechez se caracteriza por una tolerancia muy prolongada; sin embargo, puede acompañarse en un período avanzado de su evolución, de síntomas funcionales y se han señalado en ciertos casos algunos trastornos de desarrollo; 4.^a, la naturaleza verdadera de esta afección es todavía dudosa. No es

imposible que se trate en algunos casos de una lesión congénita desarrollada tardíamente; pero en la mayoría de los hechos, parece más plausible admitir que se trata de una lesión adquirida, lentamente desarrollada, en la infancia ó en la adolescencia, á favor de una endocarditis subaguda ó crónica y bajo la influencia de una causa aún no determinada; y 5.^a, por estos diversos puntos de vista—tendencia de la lesión á presentar el tipo de la estenosis pura, aparición en los jóvenes, ausencia de etiología reumática, latencia prolongada, obscuridad de su naturaleza—, está permitido comparar esta estrechez aórtica pura o predominante y no reumática de los jóvenes, á la estrechez mitral de Duroziez. (*Presse Medicale*, núm. 23, 19 de Marzo de 1921).—LUENGO.

4. **La tensión arterial en los tabéticos. Las crisis hipotensivas, por M. Paulian-Em. Demétre.**—En todos los tabéticos indemnes de lesiones aórticas notables, han encontrado los autores una hipotensión arterial; estas apreciaciones son contrarias á las de Pal, que había notado que las crisis gástricas van á veces precedidas de una elevación inestable de la presión arterial, atribuyendo como consecuencia los dolores á la hipertensión y á la vasoconstricción; pero más tarde abandonó esta opinión. Otros autores creen que el dolor provoca la hipotensión, pero no se sabe en realidad ciertamente lo que ocurre. Los autores de este trabajo hacen notar que sus observaciones se refieren á tabéticos sin lesiones aórticas notables, porque en estos casos, la tensión arterial está bastante elevada, sin que se aprecie una relación entre la tensión y el dolor. Han visto en dichos enfermos que la tensión en plena crisis, sea gástrica ó de dolores fulgurantes, bajaba hasta 10 para la máxima y la mínima permanecía normal ($8\frac{1}{2}$); pasada la crisis, la máxima alcanzaba de nuevo la cifra normal. La invariabilidad de la mínima parece constante. ¿Cuál es el mecanismo de esta hipotensión? Se conoce la astenia, que casi nunca falta en los tabéticos y que se exagera durante las crisis y los dolores fulgurantes; los tabéticos son débiles y en un estado avanzado aparece hasta la hipotonía. Por el momento, sin embargo, no se puede establecer una analogía entre la debilidad muscular periférica y la hipotensión, que sería en este caso la consecuencia de una debilidad del miocardio ó de una disminución de su poder contráctil. La hipótesis de una hipoadrenalinemia, cuadra muy bien con la astenia y la hipotensión; se explica todavía mejor si se consideran los resultados obtenidos por su tratamiento, porque basta administrar adrenalina para que todos estos trastornos se disipen, y sobre todo, para hacer cesar la crisis gástrica y los dolores fulgurantes. Por otra parte, numerosos autores han observado también los buenos efectos de la adrenalina. Paulian y Demétre administran 1 c. c. de la solución de adrenalina al milésimo por vía subcutánea, que parece la mejor, bastando para calmar la crisis y hasta para hacerla desaparecer. Si reaparece, se repite la inyección el mismo día ó el siguiente sin ningún inconveniente. El mismo resultado se obtiene en los dolores fulgurantes y otra mejoría inmediata es la de la astenia, que desaparece y en seguida se eleva la tensión arterial. ¿Cómo explicar la desaparición de todos estos trastornos, y cuál es su mecanismo? La adrenalina obra por intermedio del simpático; ¿pero cómo explicar la astenia y el dolor en las crisis gástricas y en los dolores fulgurantes? ¿Y por qué estos trastornos cesan rápidamente después de la administración de la adrenalina? ¿No podría suponerse que la lesión medular ejerce por vías simpáticas, á causa de las conexiones, una influencia sobre la secreción de las glándulas suprarrenales, determinando en los tabéticos una hipoadrenalinemia que explicaría la astenia y la hipotensión permanente? Por lo mismo, esta secreción de las suprarre-

nales ¿no podría agotarse á veces y aparecer entonces las crisis gástricas y los dolores fulgurantes? Se trataría de un simple mecanismo funcional, como parece demostrarlo el hecho de desaparecer con la adrenalina. Los autores concluyen, por lo tanto, que en todos los tabéticos, indemnes de lesiones aórticas, existe una hipotensión arterial (medida con el Pachon) que se exagera en el momento de las crisis gástricas y de los dolores fulgurantes, etc.; que la hipotensión explicaría también la astenia de los tabéticos; las crisis gástricas y los dolores fulgurantes son crisis hipotensivas y la administración de la adrenalina hace cesar las crisis dolorosas rápidamente y constituye su mejor remedio inmediato. (*Soc. Med. des Hôpitaux*, núm. 9, 17 de Marzo de 1921.)—LUENGO.

DERMATOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Citología de las lesiones elementales del eczema, de las eczemátides y del psoriasis, por A. Civatte.**—Si se siguen desde su comienzo, las lesiones histológicas del eczema, de las eczemátides y del psoriasis, se ve que pueden clasificarse en dos tipos opuestos, de exoserosis y de exocitosis; uno caracteriza al eczema y las eczemátides; el otro al psoriasis. La lesión elemental del eczema comienza por una vesícula minúscula, que se forma en las capas superficiales del cuerpo mucoso y limitada por arriba por la capa córnea. Un montón de células malpighianas retraídas y adherentes al techo córneo, llena la mayor parte de la cavidad. En la fase siguiente hay exoserosis y espongiosis, y la vesiculita primordial, agrandada, se transforma en la vesícula definitiva, visible á simple vista, del eczema. Después tiene lugar la desecación de esta vesícula, con paraqueratosis é hiperacantosis consecutivas. Sobre el epidermis hiperacantósico y paraqueratósico, las recidivas no producen ya espongiosis, y no dan lugar á la vesiculación completa, sino que producen sencillas ulceraciones que van horadando la piel hasta dejar al descubierto las papilas, constituyendo el pozo de Devergie. Durante toda esta evolución sucede paralelamente á la exoserosis una exocitosis, que es, salvo sobreinfección, de tipo mononuclear. En la pequeña vesícula primordial, se encuentran linfocitos en pequeño número y en gran número en la espongiosis y en la vesícula definitiva. Aún se encuentran en mayor cantidad después de la erosión y de la formación de los pozos de Devergie. La infiltración del cuerpo papilar que acompaña á la lesión epidermica, está también compuesto casi exclusivamente de linfocitos. En las eczemátides, el proceso es idéntico, aparte de la vesiculación definitiva que falta. Si la eczemátide exuda, se observa que las ulceraciones y los pozos suceden inmediatamente á la espongiosis.

La lesión histológica elemental del psoriasis se esquematiza de manera muy distinta; un grupo de leucocitos atraviesa el cuerpo mucoso para llegar á las capas superficiales, en donde estos leucocitos, acumulándose, pueden, si son muy numerosos, simular un absceso microscópico; las capas malpighianas infiltradas se eliminan bajo la forma de un bloque de paraqueratosis, más ó menos lleno de leucocitos; y la escama se constituye poco á poco por la llegada de nuevos bloques de paraqueratosis, formados por el mismo proceso. Salvo al comienzo de la lesión, estas células emigradas son en su mayoría leucocitos polinucleares. Su emigración fuera de los vasos se verifica mucho más en las papilas que al nivel del plexo subpapilar, en donde la infiltración está formada en la mayor parte por mononucleares. La ascensión de estos leucocitos se realiza á través de un cuerpo mucoso edematoso, pero no esponjoso. Las células malpighianas están abultadas y apiñadas, salvo en algunos puntos en los que el paso de

los leucocitos fragua cavidades relativamente considerables y hasta produce verdaderas rupturas. En resumen: en el eczema y en las eczemátides, existe una exoserosis que queda fuera de las células malpighianas y las disocia sin destruirlas y acompaña á una exocitosis de mononucleares. En el psoriasis existe una exoserosis que hincha las células malpighianas y no las disocia; acompaña á una exocitosis de polinucleares que fraguan verdaderos túneles en el cuerpo mucoso, edematoso y compacto. La oposición de estas dos fórmulas facilita el diagnóstico histológico de la eczemátide psoriasiforme y del psoriasis, ya que el diagnóstico clínico es á veces imposible. (*Compt. Rendus de la Soc. de Biologie*, núm. 11, 19 de Marzo de 1921.)—LUENGO.

2. **Sobre el tratamiento de la pelada, por R. Sabouraud.**—Es un error común el considerar la placa de pelada, como la única región en la que hay que establecer el tratamiento, pues en ocasiones, cuando merced á él dicha placa está en vías de curación, aparecen súbitamente otras dos ó tres ó hasta quince ó veinte, que amenazan al cuero cabelludo entero de una depilación total. Importa mucho más impedir la aparición de nuevas placas que tratar de curar una sola; es, por tanto, obligatorio defender las regiones sanas, tanto más cuanto que la experiencia nos enseña que esto es posible. Casi siempre un ataque de pelada comienza por una sola placa; pero algunas semanas más tarde pueden sobrevenir otras varias, aunque de ordinario la primera placa sea la única; sin embargo, como no es fácil conocer si aparecerán nuevas placas, se imponen dos indicaciones: la primera, es obrar sobre todo el cuero cabelludo, para evitar estas últimas, y la segunda, tratar las placas existentes. No se conocen signos absolutos que distingan al principio la pelada grave de la benigna, pero existen muchos síntomas que pueden ayudar á establecer el pronóstico. La primera placa indica un pronóstico serio, cuando se extiende con rapidez y esta extensión está expresamente señalada por el gran número de pequeños cabellos rotos á 3 ó 4 milímetros por cima de la piel. Estos cabellos rotos, abultados en su extremo aéreo y afilados en su extremo radicular, señalan siempre la extensión de la pelada á su vecindad; cuanto más numerosos sean, más rápida es la extensión y son más de temer las placas ulteriores. El brote de pelos muy finos en la superficie desnuda es, por el contrario, de un buen pronóstico, pero hay que desconfiar, no obstante, porque alrededor de una placa en la que comience el brote de nuevos pelos, puede extenderse la alopecia, ya sea en anillo, ó en cuña.

El cabello quebrado, en forma de maza, peládico es siempre de un pronóstico malo. En un caso, en apariencia benigno, se prescribirán lociones cotidianas sobre todo el cuero cabelludo, hechas con un cepillo de cerda dura mojado con un líquido tónico y ligeramente revulsivo, por ejemplo: Agua de colonia, 300 c. c.; ácido acético cristalizante, 10 gramos; formol del comercio, 1 gramo; y lociones de la placa y sus alrededores con un algodón humedecido con licor de Hoffmann, 30 gramos, y ácido acético cristalizante, 1 gramo. Pero de todos modos, se vigilará cuidadosamente el cuero cabelludo, porque si sobreviniera una nueva placa, habría que recurrir á medios de preservación y de tratamiento mucho más enérgicos. El mejor es la aplicación de pomadas de enebros fuertes: aceite de enebros desodorizado, 10 gramos; vasolanolina, 20 gramos; turbit mineral, 1 gramo; verbena para perfumar, C. S. Se aconsejarán aplicaciones sobre toda la cabeza: en el hombre, todas las noches, y una jabonadura todas las mañanas; en la mujer, tres veces por semana con una jabonadura semanal. Hay que aplicar esta pomada en muy pequeña cantidad, mediante un masaje detenido, tanto en las regiones sanas como en las placas. Para el autor no

existe mejor medio de defensa del cuero cabelludo sano contra la aparición de nuevas placas de pelada, pero sus inconvenientes son el olor y la grasa. Fuera de las aplicaciones de enebro, la revulsión de las placas es la mejor terapéutica local; de todos los medicamentos irritantes que se emplean para este objeto, el mejor es el ácido crisofánico (30 centigramos) disuelto en cloroformo anestésico (30 gramos). La reacción del ácido crisofánico es cosa personal según los diversos tegumentos; el buen efecto se obtiene cuando se produce un color caoba claro de la piel y una ligera sensibilidad al contacto. El pronóstico de una pelada es además variable según sea el estado de las cejas, pestañas y uñas. Es relativamente bueno cuando las cejas y pestañas se conservan y malo cuando han desaparecido.

El autor no ha visto casi nunca la curación completa de casos en los que se ven las uñas llenas de oquedades como un dedal de coser. Sin embargo, cuando se presenta un mal caso no hay que desesperar, pues muchas veces tiene lugar una resurrección sorprendente de la cabellera. Las peladas de la barba reaccionan muy mal al tratamiento y su evolución es muy lenta. Respecto al tratamiento general de los enfermos de pelada, es variable en razón de la confusión que reina todavía acerca de su etiología. La teoría de la pelada de origen dentario, parece limitada á los casos de enclavamiento del diente de la sabiduría; en estos casos, la intervención quirúrgica se impone. Hay casos de pelada, ligada al basedowismo, que mejoran cuando mejora el bocio exoftálmico. Las curvas de frecuencia de esta enfermedad según la edad, muestran manifiesta y solamente en la mujer un gran aumento del número de casos entre los cuarenta y siete y los cincuenta y tres años, es decir, que existe una pelada ligada á los trastornos de la menopausia, y en estos casos, la opoterapia ovárica da buenos resultados. Sabouraud afirma que cada vez está más convencido del origen sífilítico de un número muy grande de casos de pelada; por ello trata á muchos con la medicación específica obteniendo grandes beneficios. Utiliza el jarabe de Gilbert ó sus sucedáneos y confiesa su preferencia por el viejo tratamiento hidrargírico en los casos de sífilis hereditaria latente ó que no se muestra muy activa. Sus resultados le parecen lentos, pero seguros y sólidos. Este tratamiento, no sólo se soporta admirablemente, no sólo ayuda á la acción del tratamiento externo de la pelada y á menudo de un modo sorprendente, sino que mejora de un modo extraordinario, casi prodigioso, el estado general del paciente. (*Presse Medicale*, núm. 89, 4 de Diciembre de 1920).—LUENGO.

PEDIATRIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La albuminuria de la infancia, por J. Renault.**—A primera vista parece imposible separar en los niños la albuminuria aguda de la albuminuria crónica. No siempre que hay albuminuria en una orina hay nefritis; y si hay nefritis hay que separar la nefritis aguda de la nefritis crónica, lo cual constituye uno de los problemas más delicados de la medicina infantil. La albuminuria aguda es muy frecuente y se encuentra en gran número de afecciones, que por orden de frecuencia son: la fiebre tifoidea, la pneumonía, la difteria, la escarlatina, etcétera. Toda enfermedad febril puede ocasionar la albuminuria; hay que añadir también el eczema, la sarna, los sinapismos y los revulsivos. Evidentemente todas estas afecciones no dan una misma variedad de albúmina. Hay que establecer una gran diferencia entre la congestión renal, la nefritis pasajera y la nefritis aguda. La congestión no es el primer grado de la nefritis, sino un estado particular y transitorio

de dilatación vascular. La nefritis pasajera es el primer grado de la inflamación del órgano y es difusa, pero interesa más á los tubos contorneados que á los glomérulos. En la nefritis subaguda está interesada la totalidad del órgano, tubos, glomérulos y células. La congestión renal en el niño es lo más frecuentemente de origen medicamentoso, observándose á consecuencia de la anestesia y de la aplicación de los grandes vejigatorios. La nefritis pasajera no es más que la causa de la albuminuria febril y no encierra más gravedad que la de la congestión renal. En la tifoidea la albuminuria es un síntoma precoz, lo mismo que en la pneumonía; en cambio es tardía en la difteria. Para unos esta albuminuria febril se explica por una modificación del estado humoral producida por la fiebre, que permite el paso de la albúmina de la sangre á la orina; para otros, la fiebre ejerce un poder dilatador sobre los vasos, de donde éxtasis y de ahí el paso mecánico de la albúmina á través de las tunicas vasculares. Esta albuminuria febril no produce edemas; su desaparición puede servir para el pronóstico; realmente es muy difícil establecer el pronóstico de esta albuminuria, puesto que las mismas afecciones que la ocasionan pueden dar lugar también á nefritis agudas ó de larga duración. La sintomatología general de la nefritis aguda de la infancia es la siguiente: edema generalizado (anasarca); derrames en las pleuras, pericardio y peritoneo; los ruidos del corazón se señalan mal, hay desplazamiento de la punta; 110 á 130 pulsaciones; con frecuencia, insuficiencia mitral. Pueden sobrevenir crisis epileptiformes y eclámpicas que duran de media á una hora. Sobre este punto, el pronóstico será tanto más favorable, cuanto que el niño haya pasado veinticuatro á treinta y seis horas sin presentar nuevas crisis. En el niño, el principio de la nefritis aguda es muy brusco, lo contrario que en el adulto. Puede presentarse edema glótico, que se diferencia de la angina estridulosa porque esta última es casi exclusivamente nocturna. El pronóstico de la nefritis aguda en el niño es favorable; sólo el 10 por 100 de los casos se transforma en nefritis crónica. (*Le Concours Medical*, número 11, 13 de Marzo de 1921).—LUENGO.

GINECOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Helmintiasis y dismenorrea dolorosa, por G. Leo.**—La helmintiasis y más especialmente la oxiurosos y la ascariidiosis, pueden provocar la dismenorrea dolorosa, es decir, dolores pelvianos durante las reglas. Existe un signo muy seguro para reconocer la helmintiasis en un sujeto y es el «signo de Couillaud», que consiste en la hipertrofia de las papilas fungiformes de la lengua, que se hacen visibles á simple vista, bajo la forma de pequeños puntos rojos, en la punta ó en los bordes linguales. Si se comprueba en una mujer el signo de la lengua y signos de dismenorrea dolorosa, al instituir un tratamiento antihelmíntico, desaparecen ó se atenúan notablemente dichos síntomas, y si reaparece el signo de la lengua, permite afirmar la presencia recidivante de los parásitos intestinales y prever la vuelta de los dolores durante las reglas. El tratamiento empleado por el autor consiste en lavados con agua sulfurosa, ó con agua salada, al mismo tiempo que se administraba un vermífugo como la santonina asociado á los calomejanos, durante tres ó cuatro días. También utilizó después el carbonato de bismuto contra la oxiurosos, que simplifica mucho el tratamiento antihelmíntico. El autor refiere varias observaciones en las que se demuestra de un modo evidente las relaciones de la helmintiasis con la dismenorrea dolorosa pura. (*Bull. de l'Acad. de Med.*, núm. 10, 8 de Marzo de 1921).—LUENGO.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

Continúan las conferencias.—Acto conmemorativo.

Con motivo de la llegada del profesor Vaquez, de la Facultad de Medicina de París, invitado por la Real Academia Nacional de Medicina y por la Facultad de Madrid, dió este eminente catedrático dos notabilísimas conferencias el lunes y el miércoles último. Tuvo lugar la una en la Facultad de Medicina en su espaciosa aula primera, que estaba literalmente repleta de un distinguido público compuesto por alumnos, médicos y profesores; versó sobre la *Eritremia ó enfermedad de Vaquez*, y fué pronunciada en francés de manera perfectamente correcta é inteligible, acompañada de numerosas proyecciones é interrumpida con frecuencia por muestras de aprobación y seguida de una verdadera ovación de entusiasta aplauso.

También fué muy aplaudida la conferencia dada por el mismo profesor el miércoles en la Real Academia Nacional de Medicina y que versó sobre *Los últimos estudios acerca del empleo de la digital y de sus preparados, de la uabaina y del uso asociado de estos agentes en las enfermedades del miocardio y en las lesiones valvulares y aórticas*. También á esta conferencia acudió un público muy numeroso que celebró con sus aplausos la elocuente exposición del interesante tema desarrollado por el profesor Vaquez. Habiendo éste manifestado su deseo de conocer el aparato registrador de la presión arterial del pulso debido á los estudios del catedrático de la Facultad de Medicina de Santiago y senador Sr. Gil Casares, presentó éste ante el profesor francés varios diagramas proyectados, así como uno de sus aparatos, mereciendo plácemes sinceros por parte del primero.

El miércoles 13 llegó á Madrid el último de los profesores franceses Sr. Bar, que dará, como sus compañeros, dos conferencias: dió la primera en la Facultad de Medicina, teniendo por asunto *Tuberculosis y embarazo*, y la segunda la dará en la Real Academia Nacional de Medicina, el sábado á las siete de la tarde, acerca de *El estado actual de la toxicología francesa en relación con los últimos adelantos de los demás países*.

Motivos de elemental delicadeza, dada la parte que nuestro director ha tomado en la iniciativa de estas conferencias de intercambio cultural, nos impiden elogiar esta acción de reciprocidad, que llevará á ilustres profesores españoles por primera vez, á ser oídos en los anfiteatros de la Facultad de Medicina de París y que nos ha permitido deleitarnos con las lecciones de los más ilustres representantes de aquella sabia escuela. El decano de la Facultad de Medicina Sr. Recasens, con su actuación convencida y su inteligente actividad, ha demostrado hasta qué punto es conveniente confundir en una recíproca inteligencia el esfuerzo intelectual de la investigación científica, sin distinción de procedencias geográficas, y la Real Academia Nacional de Medicina ha dado también clara muestra de que los celos de la edad avanzada no afectan á los espíritus que creen y han creído siempre que el saber no tiene edad ni la ciencia categorías.

La Sociedad Ginecológica de Madrid, fundación simpática que en más de treinta años de existencia ha dado ejemplo de lo que deben ser las sociedades científicas especializadas, se reunió el miércoles último por un motivo al propio tiempo sensible y generoso: fué éste, el de honrar la memoria de su último presidente, el Dr. Becerro de Bengoa, quien, como saben nuestros lectores acaba de fallecer lleno de juventud y de esperanza, en medio del cariño de sus compañeros y numerosos clientes y cuando la vida le prometía los más halagüeños triunfos debidos á su inteligente actividad. Usaron de la palabra en esta sesión los Sres. D. Vital Aza, Blanc y Fortacin y Conde de San Diego. El primero en sentidas y elocuentes frases expresó con íntimo dolor las impresiones de su entusiasta amistad por el malogrado compañero; el segundo leyó unas cuartillas tan correctamente escritas é inspiradas como sinceras y sentidas, y el último, con sencilla elocuencia, narró los primeros pasos de la carrera del Dr. Becerro de Bengoa en la especialidad á que dió tan brillante realce el glorioso padre del orador.

El acto tuvo lugar en el elegante local de actos recientemente inaugurado por el Colegio de Médicos, y acudió á él una selecta y numerosa concurrencia.

DECIO CARLAN.

LOS MANICOMIOS DE ESPAÑA R U T A S

POR EL

DR. CÉSAR JUARROS

Profesor de Psiquiatría en la Academia de Sanidad Militar, profesor de Psiquiatría forense en el Instituto Español Criminológico, jefe del servicio de Neurología del Hospital Militar de Urgencia (Madrid).

Hace unos años el Dr. Lafora en la revista *España* y desde la tribuna del Ateneo, ahora Fernández Sanz en la Academia Nacional de Medicina y Sacristán en la Médico-Quirúrgica, han tratado de producir un movimiento de opinión capaz de poner fin á la tragedia de los manicomios españoles. El resultado es totalmente inapreciable. Causa justa, defensores inteligentes é ilusionados, efecto nulo. ¿A qué puede deberse la inutilidad del esfuerzo?

Resulta tanto más interesante el análisis del problema, cuanto que Fernández Sanz, culto, entusiasta, altruista, propone la creación de una «Liga para la defensa del loco».

Conviene principiar por tener presente cómo el motivo fundamental de que las gentes no se conmuevan al oír de qué modo viven los enfermos mentales recluidos en los manicomios españoles, nace de no ser esta vergüenza un hecho esporádico. Pésimo el estado de los Manicomios; pero también el de Universidades, Inclusas, Presidios, Escuelas, etc., etc.

La patria atraviesa difícil período de transición, fase de crisis prodrómica de nuevos regímenes sociales, y fuera pretensión vana aspirar á, en medio de este caos, edificar algo definitivo. No resulta lícito soñar con nada que no sea sembrar semillas cuyos frutos han de recoger generaciones posteriores.

Los manicomios son un desastre porque no pueden ser mejores en pueblo donde, según datos oficiales del Instituto Geográfico y Estadístico, suman los analfabetos el 60 por 100 de los habitantes.

La asistencia psiquiátrica refleja el nivel cultural de la nación.

¿Dónde irá la nueva liga á buscar soldados que alistar bajo sus banderas? Punto capital á discutir. En los médicos no es lógico confiar. Las enfermedades mentales cuentan en España con reducido número de cultivadores é interesa poco á los demás.

Por desempeñar la única cátedra oficial de Psiquiatría que existe en nuestra patria, poseo experiencia personal que me permite sentar tan pesimista conclu-

sión. Los alumnos de mi clase son muchachos recién licenciados y reflejan fielmente el espíritu de las nuevas generaciones. ¿Motivos? Dificultades inherentes á la especialidad, lo escasamente reproductivo de ella y falta de iniciación durante el período escolar. En Urología, en Ginecología, en Laringología, etc., se encuentran con una rama científica terminada, de amplios horizontes económicos, no necesitada sino de técnicas sistematizadas. En cambio, en Psiquiatría ha de luchar con conocimientos embrionarios, en plena evolución, de escasos beneficios y exigiendo por contera vasta cultura general.

De la masa tampoco cabe esperar nada. El egoísmo individualista entumeció las sensibilidades y no sería cuerdo confiar en que vayan á conmoverse por las desdichas de los locos, gentes que acaban de oír, con absoluta indiferencia, como el año 1918 la mortalidad fué en España del 33 por 1.000.

¿Qué hará la nueva Liga? Crearse un público.

Hay pocos psiquiatras en España porque no existe mercado favorable para la especialidad. Logrado el mercado entraría la especialidad en una fase de esplendor; véase lo ocurrido con la Odontología. Es buen ejemplo en el cual hay mucho que meditar. Los médicos no se especializan, en general, atendiendo al interés científico, sino al económico. ¿Cuántos fisiólogos, cuántos histólogos puros hay en España?

Cuando el psiquiatra sea solicitado en la justa medida científica, cuando las familias posean cultura suficiente para no ignorar los síndromes latentes, cuando la pedagogía de anormales resulte un hecho, cuando, en fin, el psiquiatra sea llamado siempre que deba serlo, habrá más médicos que se dediquen á tales estudios y mejorarán los manicomios y el estado de esta disciplina científica.

¿De qué modo crear ese público? Las prédicas carecen de eficacia. No se olvide que no existe atención en la actualidad sino para problemas sociales y económicos. Hay que utilizar el valor literario de la locura como medio de interesar á los profanos.

Desde hace siete años estoy poniendo en práctica tales ideas en mi curso del «Instituto español criminológico», y cada año se señala por nuevo aumento de alumnos. Cuéntese que se trata de una enseñanza no obligatoria, sin beneficio alguno crematístico y que impone molestias, como ir á Leganés á las clases prácticas.

Pienso, pues, que la «Liga para la defensa del loco» necesita encaminar sus esfuerzos principales á crearse un público que permita mayor esplendor de la especialidad.

Hoy por hoy, nuestras voces están condenadas á ser poco oídas y con ello debemos contar si no queremos que la desilusión agoste en flor la nueva Liga. Para obras de esta clase, los cimientos son conquistarse un público.

8-IV-1921.

EL TRIUNFO JURÍDICO DE LOS TITULARES

SENTENCIA

Sres. D. Luciano Obaya, D. Antonio Gullón, D. Manuel del Valle, El Conde de Lerena, D. Pedro Higuera, D. Edelmiro Trillo y don Ernesto Jiménez.

En la Villa y Corte de Madrid, á 22 de Marzo de 1921, en los autos seguidos ante la Sala de lo Civil de la Audiencia Territorial de Sevilla, por D. José Zurita Gómez, médico y vecino de Algeciras, contra

D. Emilio Morillas Salinas, periodista, y D. Vicente Ruiz Casares, empleado, de la misma vecindad que el actor sobre responsabilidad civil; pendiente ante Nos en virtud de recurso de casación por infracción de ley interpuesto por el procurador D. Eduardo Morales, bajo la dirección del letrado D. Angel Ossorio y Gallardo, en nombre de la parte demandante; no habiéndose personado los recurridos.

Resultando que con fecha 6 de Diciembre de 1919 formuló ante la Audiencia de Sevilla, don José Zurita Gómez, demanda de responsabilidad civil contra D. Emilio Morillas, D. Vicente Ruiz Casares y D. José Blas Torelló, alcalde presidente, contador y depositario, respectivamente, del Ayuntamiento de Algeciras, solicitando que se les condenase solidariamente á abonarle el importe de las mensualidades y servicios de reconocimientos de quintos reclamados, más los perjuicios ocasionados, representados por el interés legal desde las reclamaciones formuladas al

no cobrarse las mensualidades adeudadas, así como los reconocimientos de quintos, no pagados como los intereses legales de todo lo adeudado, no reclamado con anterioridad, desde la interposición de la demanda y las costas; exponiendo como hechos que por contrato celebrado con el Ayuntamiento de Algeciras en 1 de Abril de 1910, era médico titular de aquella

ciudad, con el sueldo de 2.000 pesetas anuales, que había sido de 1.750, desde la fecha del contrato, hasta fin del año de 1917, siendo además de su cargo el reconocimiento de quintos, que le producía aproximadamente unas 100 pesetas al año; que se le estaban adeudando tres mensualidades del año 1914, cinco de 1915, una de 1917 y cuatro anualidades de reconocimiento de quintos, acreditando con certificación que producía que en 14 de Diciembre de 1917 se dió lectura en sesión de aquel Ayuntamiento á un escrito del actor, pidiendo el abono de las mensualidades de Septiembre, Octubre y Noviembre de 1914, acordándose el abono que habría de hacerse con el primer ingreso que el Municipio tuviese por tratarse de mensualidades ya satisfechas á los demás empleados; que con fecha 30 de Abril de 1917 presentó el demandante al alcalde de Algeciras, escrito pidiendo el abono de las cantidades que se le adeudaban sin que el alcalde proveyese cosa alguna; que en 20 de Agosto del propio año se presentó en el Gobierno civil de Cádiz escrito de queja haciendo constar á los efectos legales que había solicitado el abono de las mensualidades vencidas y no satisfechas, negándose el alcalde á que se le expidiera recibo por lo cual tuvo que reproducirlo en 27 de Julio, presentado mediante acta notarial, notificándole el 5 de Agosto que el alcalde había decretado que la solicitud

pasase á informe de la Comisión de Hacienda y además exponía que había transcurrido el tiempo sin obtener resultado alguno, y que á la cantidad reclamada había que añadir la de los cuatro últimos meses de 1917, que habían sido abonados á los demás médicos titulares con preterición del actor; que ó no había recaído resolución al escrito de queja, ó no le



El ilustre Letrado Excmo. Sr. D. Angel Ossorio y Gallardo.

pasase á informe de la Comisión de Hacienda y además exponía que había transcurrido el tiempo sin obtener resultado alguno, y que á la cantidad reclamada había que añadir la de los cuatro últimos meses de 1917, que habían sido abonados á los demás médicos titulares con preterición del actor; que ó no había recaído resolución al escrito de queja, ó no le

había sido notificada al demandante, quien con posterioridad obtuvo el pago de una mensualidad no pudiendo acreditar oficialmente lo que se le adeudaba porque no obstante haber solicitado certificación expresiva de las mensualidades adeudadas, con inclusión del reconocimiento de quintos, pidiendo que en ellas se consignaran las cantidades que por iguales conceptos se adeudaban á los demás médicos, no había podido conseguir se le expidiera la certificación interesada; que en 11 de Abril de 1919 presentó escrito exponiendo sustancialmente los anteriores hechos, y citando los artículos de la ley Municipal, que consideró pertinentes, Real decreto de 25 de Diciembre de 1902 y otras disposiciones; y que no habiendo podido conseguir la certificación interesada, acudió al gobernador civil solicitando certificación de los asientos del Registro de entrada, referente á los recursos entablados de que antes hacía mérito, pero aunque no se la negaba, tampoco se la entregaban; y en derecho citó el art. 1.254 del Código Civil, los 77, 134, 160, 161 y 162 de la ley Municipal, los primeros 13 de la ley de 5 de Abril de 1904, y 1.º de su Reglamento; el art. 6 del Real decreto de 26 de Diciembre de 1902, el 4 del de 23 de Abril de 1917, y las Reales órdenes de 26 de Abril de 1914 y 17 de Marzo de 1919.

Resultando que con el anterior escrito produjo el demandante una certificación expedida por el secretario del Ayuntamiento de Algeciras referente á un particular de la sesión de 14 de Diciembre de 1917, celebrada por aquella Corporación, en la que se acordó por unanimidad abonar al actor las mensualidades que reclamaba y que el abono se hiciera con el primer ingreso que hubiese; prometiendo el alcalde hacerlo así; un recibo fecha 11 de Abril de 1919, expresivo de haber entregado Zurita en la Secretaría municipal un escrito dirigido al alcalde anunciándole que se veía en la necesidad de interponer contra él y contra el contador, la oportuna demanda de responsabilidad; y otro recibo expedido por el mismo secretario municipal de otro escrito dirigido por Zurita al alcalde pidiendo certificación expresiva de las mensualidades que se le abonaban como médico titular, así como de lo que le correspondiese por reconocimiento de quintos, con expresión de lo que por iguales conceptos se adeudase á los demás médicos titulares, teniendo este recibo fecha 19 de Mayo del expresado año 1919.

Resultando que reclamada al alcalde de Algeciras copia del escrito en que Zurita hubiese hecho la reclamación de la infracción legal alegada, fué dicha copia remitida y de ella aparece que en 11 del expresado mes de Abril de 1919 acudió al alcalde pidiéndole el abono de los haberes que tenía devengados; y anunciando en caso de no ser admitida y atendida, la correspondiente demanda de responsabilidad civil, contra él y contra el contador, y acreditando también que no había formulado Zurita ninguna reclamación contra el depositario del expresado Ayuntamiento, dictó auto la Sala acordando no haber lugar á tramitar la demanda contra dicho depositario y admitiéndola en cuanto á los otros dos demandados, á quienes confirió traslado de la misma evacuándole en primer término el contador D. Vicente Ruiz Casares quien sustancialmente manifestó: que no tenía conocimiento alguno de los hechos expuestos en la demanda y relativos al alcalde de Algeciras, hechos que por lo tanto no le afectaban, así como tampoco los que se referían

al gobernador de Cádiz, y por ello no estaba en la obligación de contestarlos; que como contador del Ayuntamiento intervenía en la redacción de los libramientos cuando el alcalde, que con arreglo á la ley Municipal era el ordenador de pagos, se lo mandaba, ajustándose el contestante á lo dispuesto en el Reglamento de su cuerpo, en la contabilidad municipal, y en su defecto en la general del Estado; que entre estas formas estaba la limitación determinada por la Real orden de 26 de Junio de 1914, en la que se ordenaba no expedir libramientos para gastos diferibles ó voluntarios sin que por lo menos fuesen reservados en caja á disposición de los interesados los haberes de los médicos titulares, cuya obligación había sido cumplida fielmente, comprobándolo con la certificación que producía, la cual demostraba la existencia en caja de cantidad más que suficiente para haber abonado al demandante las cantidades que se le adeudaban en cualquiera de las diferentes épocas en que había reclamado; que el actor conocía desde 1914, y luego á contar de los demás años, como lo comprueban los escritos de reclamación presentados al Ayuntamiento de Algeciras, en 1917, la deuda que por falta de pago de sus haberes tenía contraída á su vez la Corporación municipal, y no obstante conocerla no había entablado esta reclamación de responsabilidad civil hasta el mes de Noviembre de 1919, ó sea más de dos años después de conocer los hechos; que con posterioridad á la presentación de la demanda, ó sea en 12 de Noviembre y 2 de Diciembre de 1919, 5 de Enero y 9 de Febrero de 1920, había presentado el actor, en unión de los otros médicos titulares de Algeciras, ante dicho Ayuntamiento, escrito reclamando sus haberes, gratificación por servicios prestados en tiempo de epidemias, y reconocimiento de quintos, ó se por los mismos conceptos que abarca la demanda, conminando en el último escrito de 9 de Febrero con dejar de prestar servicios á los ocho días, si antes de transcurrir ese plazo no se había atendido su petición, y como consecuencia de estas reclamaciones se habían entablado negociaciones entre una comisión designada por el Ayuntamiento y otra por los médicos y demás clases sanitarias de Algeciras, habiéndose llegado á una inteligencia; y citando los artículos 1.089 y 1.881 del Código civil, los 11 y 13 de la ley de 5 de Abril de 1904 y la Real orden de 26 de Junio de 1914, terminó pidiendo se le absolviera de la demanda condenando al actor en las costas.

Resultando que como documentos producidos con el anterior escrito, aparecen una certificación del secretario del Ayuntamiento de Algeciras, haciendo constar que de las liquidaciones de los Presupuestos de aquel Municipio resultaba adeudarse á Zurita por haberes de Julio, Agosto y Septiembre de 1914, 437,49 pesetas; por los de Agosto, Septiembre y Octubre, Noviembre, Diciembre de 1915, 729,15 pesetas; por los de Junio de 1917, 145,83 pesetas; por reconocimientos de quintos de los años 1911, 1914, 1915 y 1919, 387 pesetas, cuyos débitos ascienden á 1.699,47 pesetas; que del libro de actas de arqueo resultaba quedaban en Caja diferentes cantidades en los meses de Julio, Agosto y Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre de 1915, Junio y Julio de 1917, Agosto del mismo año y Abril de 1919, cantidades todas extraordinariamente superiores al débito que aparecía á favor de Zurita; que el último pago verificado por atrasos á los dos médicos titulares, fué el 18 de Diciembre de 1918,

PAPELES YHOMAR

Simples con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).

CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

resultando existir en Caja en Noviembre de dicho año pesetas 86 447,29, y en Diciembre siguiente 85.311,72 pesetas; otra certificación del propio secretario de la que aparece que en los documentos existentes en su Secretaría obraban: dos escritos fecha 12 de Noviembre y 2 de Diciembre de 1919, reclamando Zurita en unión de los demás titulares, el pago de los servicios que en el escrito se expresan; que en sesión de 21 de Noviembre conociendo el Ayuntamiento del escrito del 12, acordó el pago á los médicos de las cantidades que se les adeudaban, formándose para ello un presupuesto extraordinario, y siendo este acuerdo notificado á los interesados; que la Comisión de Beneficencia informó el escrito de 2 de Diciembre ratificando el acuerdo anterior y cuyo informe fué aprobado por el Ayuntamiento en 2 de Enero de 1920, y en 5 del propio mes los médicos reclamaron el inmediato pago de sus créditos, presentando en 9 de Febrero la comunicación en que se anunciaba el propósito de dejar de prestar los servicios que les incumbía, habiéndose llegado á un acuerdo por el Ayuntamiento y las clases sanitarias de Algeciras, en principio en cuanto á la forma de pago de todos sus créditos contra el Ayuntamiento.

Resultando que el otro demandado, D. Emilio Morilla, alcalde de Algeciras, contestó también á la demanda pidiendo que se le absolviese con imposición de costas al actor, exponiendo: que las mensualidades correspondientes á 1914 eran adeudadas al demandante antes de la gestión del contestante como alcalde, y al posesionarse del cargo, no encontrando créditos ni fondos para abonarlas, sin perjudicar su gestión administrativa por no disponer de recursos de resultas y sí sólo de los del Presupuesto entonces en ejercicio, no pudo abonarlas; que las mensualidades de 1915 no se abonaron por el gran déficit que en los ingresos presupuestos hubo en aquel año, participando de igual suerte los demás empleados y pagos ineludibles del Ayuntamiento, y que la falta de pago de la mensualidad de Junio de 1917 reconocía el mismo origen que los anteriores; y por derecho citó los artículos 11 de la ley de 5 de Abril de 1904, y los 1.089 y 1.887 del Código civil y produjo una certificación del secretario del Ayuntamiento de Algeciras, comprensiva substancialmente de los mismos extremos á que se refiere la presentada por el otro demandado, con relación á las reclamaciones previamente formuladas por el actor.

Resultando que la Sala de lo civil de la Audiencia Territorial de Sevilla dictó sentencia con fecha de 6 de Abril del pasado año 1920, absolviendo á D. Emilio Morillas y D. Vicente Ruiz Casares, alcalde y contador, respectivamente, del Ayuntamiento de Algeciras, de la demanda contra ellos deducida por D. José Zurita á quien condenó en las costas.

Resultando que con depósito de 1.000 pesetas constituido *ad cautelam*, ha interpuesto recurso de casación por infracción de ley D. José Zurita Gómez, fundado en los números 1 y 2 del art. 1.692 de la ley de Enjuiciamiento civil por los siguientes motivos:

1.º Porque la Sala confunde la vida económica del Municipio con la responsabilidad personal del alcalde, ya que si bien es cierto que, cuando un Ayuntamiento se resiste á pagar lo que debe, no pueden los Tribunales ordenar pagos, ni hacer distribuciones de fondos, ni practicar arqueos, y precisamente para librar á los particulares de ese calvario, en que virtualmente están indefensos, existe el radical remedio

de que el funcionario que no quisiera ó no acertara á regir el derecho de los particulares con arreglo á la ley los indemnicase del atropello con su bolsillo propio; y de prevalecer el criterio de la Sala, resultaría *ipso facto* suplida la ley; pudiendo citarse como ejemplo aclaratorio el caso de que un gobernador prohibiese á un concesionario de aguas que las utilizase, y, en cambio, permitiese llevárselas á un amigo; y se dijera al despojado que los Tribunales civiles no eran los llamados á intervenir en el régimen administrativo de las aguas, y que contra la violencia gubernativa debería usar los recursos que las Leyes y Reglamentos del ramo le reservan; y también el caso de que al adjudicar un servicio, mediante subasta ó concurso, dejase la autoridad preteridos á los que cumplieron los requisitos legales, otorgando el servicio á quien evidentemente carecía de las condiciones exigidas diciéndose de agraviado que los Tribunales civiles no podían imponer responsabilidad á nadie, por no ser los llamados á resolver subastas, y que si la autoridad lo había hecho mal, contra sus acuerdos había recursos pertinentes en el orden administrativo sin que la Audiencia de Sevilla se haya detenido á examinar los dos últimos párrafos del art. 1.º de la ley, en los que hubiese podido aprender que la acción para el resarcimiento queda expedita desde que se haya consumado la infracción por resolución firme, y «que se entenderá que es firme una resolución, cuando no quepa contra ella otro recurso alguno, aunque esto proceda de no haberse interpuesto en tiempo los que la ley otorga;» en cuyas palabras se encierra gran parte del sentido de la ley, de su eficacia, de su tendencia liberal, ya que el legislador libertó al ciudadano de la esclavitud que supone someter al calvario de los trámites administrativos que no se cumplen, permitiendo que no usara de los recursos legales si no le placía y que arremetiese desde luego contra el funcionario prevaricador, hasta obligarle á indemnizar, á sus expensas, el estropicio; siendo tan rotundo el precepto que deja en manos del ciudadano la determinación del funcionario responsable, ya que apelar ó no apelar, tiene en su mano el particular exigir la responsabilidad al superior ó al inferior; y todo esto lo ha echado por tierra la sentencia recurrida; no siendo lícito el equívoco en que se emboza la Sala, al redactar los tres primeros considerandos, puesto que nadie ha pedido que los Tribunales manden al Ayuntamiento pagar lo que debe, sino que lo que el recurrente ha pretendido es, que de su bolsillo le paguen el alcalde y el contador, y al no acordarlo así la Audiencia de Sevilla, infringe por aplicación ó interpretación errónea el art. 1.º de la ley de 5 de Abril de 1904 y el 1.º del Reglamento de 22 de Septiembre del mismo año.

(Se continuará.)

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr.: Anunciado con fecha 1.º del actual concurso de las vacantes de directores médicos de las estaciones sanitarias de los puertos de Málaga, Sevilla-Bonanza y Algeciras, por pase á otros destinos de D. Francisco Pellicer Vi-

FIRMUGENOL

ESPECÍFICO DEL ESCROFULISMO

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

(Nombre registrado.)

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

gueras, D. Manuel Fraile García y D. Eugenio Pastor Krauel, respectivamente, entre los médicos activos y excedentes del Cuerpo de Sanidad exterior, con arreglo á lo preceptuado por el artículo 14 del vigente Reglamento del ramo, modificado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920, dándose un plazo de diez días para la presentación de solicitudes;

Resultando que dentro del plazo marcado en la convocatoria promovieron sus solicitudes D. Antonio Ferrer Sánchez, jefe de negociado de primera clase; D. Ramón García Sancho y D. Benigno García Castrillo, que lo son de segunda; D. Eugenio Pastor Krauel, D. Aurelio Ferrán Loinaz y D. Francisco Díaz Domínguez, jefes de negociado de tercera, y D. Manuel Viciano Martí, oficial de primera clase;

Vistos los artículos 14 y 23 del Reglamento vigente de Sanidad exterior; y

Considerando el orden de preferencia que establece en su párrafo 2.º el artículo 14 del mencionado Reglamento, modificado por el Real decreto de 30 de Marzo de 1920, así como el de los cargos que solicitan los aspirantes á las vacantes de que se trata,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo informado por el Real Consejo de Sanidad y con lo propuesto por esa Inspección general, ha tenido por conveniente disponer los siguientes nombramientos:

D. Antonio Ferrer Sánchez, jefe de negociado de primera clase, director médico de la Estación sanitaria del puerto de Málaga.

D. Eugenio Pastor Krauel, jefe de negociado de tercera clase, director de la de Sevilla-Bonanza; y

D. Aurelio Ferrán Loinaz, jefe de negociado de tercera clase, director médico de la del puerto de Algeciras.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 14 de Marzo de 1921.—*Bugallal*.—Señor inspector general de Sanidad.

Ilmo. Sr.: Anunciado con fecha 23 de Febrero último concurso para la provisión de la vacante del cargo de secretario intérprete de la Estación sanitaria del puerto de Bilbao, entre los secretarios intérpretes activos y excedentes del Cuerpo de Sanidad exterior, con arreglo á lo preceptuado en el párrafo 4.º, artículo 18, y en concordancia con lo dispuesto en el artículo 14 del vigente Reglamento de Sanidad exterior, modificado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920, dándose un plazo de diez días para la presentación de las solicitudes por los aspirantes á dicho concurso;

Resultando que dentro del plazo marcado en la convocatoria han presentado sus solicitudes D. Antonio Cón don Ruiz, D. Adolfo Tirado Ayllón, D. Enrique España Pérez, D. Julián Francés Echanove y D. Mauricio H. Fuhrer Lozano, oficial de tercera clase de administración civil;

Vistos los artículos 14, 18 y 23 del expresado Reglamento de Sanidad exterior;

Considerando el orden de preferencia establecido por los citados artículos 14 y 18 del mencionado Reglamento, modificado por el Real decreto de 30 de Marzo de 1920, y teniendo en cuenta el lugar que cada uno de los aspirantes á la vacante de que se trata ocupa en el Escalafón de su clase,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo informado por el Real Consejo de Sanidad y con lo propuesto por esa Inspección general, ha tenido por conveniente disponer el nombramiento de D. Antonio Cón don Ruiz para el cargo de secretario intérprete de la Estación sanitaria del puerto de Bilbao.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 19 de Marzo de 1921.—*Bugallal*.—Señor inspector general de Sanidad.

Ilmo. Sr.: Resultando que con fecha 28 de Julio de 1920 se convocaron oposiciones para el ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad exterior, para la provisión de cuatro plazas vacantes de oficiales segundos de Administración civil, dotadas con el haber anual de 4 000 pesetas, y de aquellas otras que se declarasen afectas á las mismas hasta el día en que terminasen los ejercicios:

Resultando que durante dicho período han sido declaradas afectas á las mismas otras cuatro plazas de igual categoría y clase:

Resultando que en los citados ejercicios fueron aprobados y propuestos para el ingreso en el citado Cuerpo los aspirantes D. Lázaro Martínez González y D. Juan J. Jiménez Canga-Argüelles, según el acta y propuesta remitidas por el Tribunal que ha juzgado dichas oposiciones:

Resultando que remitido el expediente de las mismas al Real Consejo de Sanidad para que informara sobre la tramitación de aquél, dicha Corporación, en sesión celebrada el día 18 de Marzo último, lo dictaminó en el sentido de que procedía aprobar el expediente de referencia por haberse observado todos los requisitos prevenidos,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo propuesto por esa Inspección general, ha tenido por conveniente aprobar las oposiciones de que se trata y disponer que sean declarados individuos del Cuerpo de Sanidad exterior, con la categoría de oficiales segundos de Administración civil, con el haber anual de 4.000 pesetas, los aspirantes aprobados D. Lázaro Martínez González y D. Juan J. Jiménez Canga-Argüelles.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 1.º de Abril de 1921.—*Bugallal*.—Señor inspector general de Sanidad. (*Gaceta* de 3 de Abril.)

MINISTERIO DE MARINA

REAL ORDEN

Excmo. Sr.: Vista la propuesta promovida por la Jefatura de Servicios Sanitarios de la Armada á favor de los licenciados en Medicina y Cirugía aprobados en las oposiciones que para el ingreso en el Cuerpo de Sanidad de la Armada terminaron el día 5 del presente mes,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien nombrar médicos segundos del expresado Cuerpo, para cubrir 17 vacantes de

TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York.

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

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

este empleo, y con la antigüedad del día de la fecha, á los siguientes opositores que se designan por el orden de las censuras obtenidas y que fueron declarados aptos á dicho efecto por Real orden de 11 del actual:

Número 1, D. Germán Higuelmo Martín; 2, D. Emilio Sarríena Herrero; 3, D. Juan Bautista González-Aguilar Peñaranda; 4, D. Julio Alvarez Nouvilas; 5, D. José María Muñoz Arbat; 6, D. Carmelo Sáenz de Cabezón Capdet; 7, D. José Ros Costa; 8, D. José López García; 9, D. Alfredo Couto Felices; 10, D. Anselmo Torres Pintos; 11, D. José Hidalgo Delgado; 12, D. Ernesto Escat Gerard; 13, D. Manuel Sierra Miranda; 14, D. Teodoro Martínez Feroso; 15, D. José Ripoll Estévez; 16, D. José del Val Cordon; 17, D. Arturo Valdés Gutiérrez.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 18 de Marzo de 1921.—*Fernández Prida*.—Señor general jefe de los Servicios Sanitarios de la Armada.—Señor Almirante jefe del Estado mayor central de la Armada.—Señor Almirante jefe de la jurisdicción de Marina en la Corte.—Señor inspector general de Sanidad de la Armada.—Señor intendente general de Marina.—Señor interventor civil de Guerra y Marina y del Protectorado en Marruecos.—Señores... (*Gaceta del 19 de Marzo*.)

MONTEPÍO FACULTATIVO

SECRETARÍA GENERAL

ANUNCIO DE PENSIÓN

D. Antonio Barroso y Sánchez, médico, residente en Sevilla y socio de este Montepío, solicita pensión de jubilación.

Lo que se publica para conocimiento de la Sociedad y á los efectos del Reglamento.

Madrid, 10 de Marzo de 1921.—El secretario general, *Marín*.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,5; ídem mínima, 698,1; temperatura máxima, 21°,2; ídem mínima, 2°,0; vientos dominantes, E, NE, NNE.

Siguen predominando entre los afectos agudos los de índole gripal, teniendo por manifestaciones principales las bronquitis, traqueobronquitis y bronconeumonías, menos graves que en los años anteriores. También siguen presentándose algunas infecciones de origen intestinal. La mortalidad debida á afectos crónicos de los aparatos circulatorio y respiratorio, es la normal en esta época del año.

Crónicas.

Movimiento de población en Buenos Aires.—Durante el mes de Diciembre de 1920 se han registrado en Buenos

Aires, 3.287 nacimientos y 2.151 defunciones. Entre las causas de mortalidad principales registran: la septicemia, 24 casos; tuberculosis pulmonar, 25; ídem generalizada, 27; meningitis simple, 122; congestión y hemorragias cerebrales, 87; afecciones de las arterias, 39; bronconeumonía, 173; diarrea y enteritis (menores de dos años), 299; peritonitis simple, 50; nefritis aguda, 25; por arma de fuego, 27; por intoxicación por los alimentos, 25; causas mal definidas, 27.

El Congreso de Oporto.—Durante las sesiones del Congreso que se celebró en Sevilla en 1917, la Junta directiva de la Asociación española para el Progreso de las ciencias contrajo el compromiso de llevar á Portugal una de sus futuras Asambleas; en la sesión de clausura de la de Bilbao en 1919 se acordó que el Congreso de 1921 tendría asiento en una ciudad universitaria del país vecino.

Comunicado este acuerdo al Gobierno de Lisboa, éste manifestó su deseo de que se celebrase el Congreso en Oporto y en los días 26 de Junio á 1.º de Julio próximo.

Del discurso de apertura está encargado el Rector honorario de la Universidad de Oporto D. Francisco Gómez Teixeira.

En este Congreso como en todos los celebrados por esta Asociación, se organizará una Exposición de material científico.

La sesión de apertura se celebrará en el Teatro de San Juan, las sesiones ordinarias en locales adecuados de la Universidad y la Exposición en el Palacio de Cristal.

También conviene sepan todos los miembros de la Asociación, que el Comité de Oporto ha conseguido del Gobierno de su país considere el billete de congresista, provisto de la fotografía del interesado, como un documento equivalente al pasaporte que de ordinario se exige para el paso de la frontera. El Comité de Oporto espera también conseguir de las Compañías de los ferrocarriles portugueses que esa misma tarjeta sirva durante el Congreso y después del Congreso, por un plazo de veinte ó treinta días, para viajar por cualquier línea férrea de Portugal con una rebaja del 40 por 100 en el precio de los billetes.

Las personas que deseen adquirir cualquier clase de referencias sobre el Congreso, pueden dirigirse por carta al secretario general de la Asociación española para el Progreso de las ciencias, enviando la correspondencia al Ateneo Científico y Literario, Prado, 21, Madrid.

Curso de ampliación de estudio de fisiología vegetal.—El profesor Lewis Knudson, de la Universidad de Cornell (Estados Unidos), explicará durante los meses de Abril á Junio próximo un nuevo curso de fisiología vegetal, dividido en dos grados.

El primero, comprenderá la práctica de las cuestiones fundamentales de la fisiología vegetal.

El segundo, será continuación del curso realizado por dicho señor el año pasado.

Las inscripciones para el curso son gratuitas y deben hacerse por carta á la Secretaría de la Junta para Ampliación de Estudios, Almagro, 26, hotel, Madrid, expresando la edad, domicilio, profesión y estudios ó prácticas anteriores de cada solicitante. El número de los que pueden admitirse es, forzosamente, muy limitado, en razón á la capacidad del laboratorio.

La gripe en Valladolid.—En los primeros días del mes actual se han vuelto á presentar numerosos casos de gripe en Valladolid, capital, y en algunos pueblos cercanos.

Afortunadamente parece que la epidemia reviste caracteres de benignidad y que las autoridades sanitarias han tomado medidas conducentes á reprimir el mal en la esfera más estrecha.

La huelga de médicos de Avila.—Telegramas publicados por la prensa diaria, dan cuenta de que la huelga de médicos continúa en igual estado, y no se prevé solución alguna.

Al contrario, la situación tiende á agravarse, lo cual hace

LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL

VINO URANADO PESQUI

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

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

que cunda la alarma entre el vecindario, que se ve privado en absoluto de la asistencia facultativa.

Los médicos no visitan como no sean requeridos expresamente por el juez.

La mortalidad en Bilbao.—Entre la opinión de Bilbao existe alguna alarma por el número de defunciones que se han registrado en los últimos días.

Parece que durante la primera decena del mes actual ha habido en el distrito del Centro 11 defunciones más que en igual época del año anterior, y en el distrito del Ensanche la cifra ha alcanzado á 38.

La Cruz Roja en Toledo.—Esta meritísima institución, que hace poco más de un año fué creada, ha trabajado sin descanso hasta ver instalado un consultorio gratuito que seguramente será, en los de su clase, uno de los mejores montados de España.

En la actualidad tiene en proyecto la fundación de un dispensario, y para reunir dinero, la Comisión de festejos, formada por D. Epifanio de la Azuela, D. Pedro Escudero, D. Julio Jiménez, D. Fernando del Campo, D. Sebastián Corregel y D. Pedro Dorrego, bajo la presidencia del primero, tiene organizadas varias funciones de beneficencia.

En honor de un catedrático jubilado.—Recientemente ha sido jubilado por cumplir la edad reglamentaria, el doctor D. Celestino Párraga, catedrático de Medicina legal de la Universidad de Cádiz

Con motivo de explicar la última lección como catedrático oficial, el día 4 acudieron al aula que acostumbraba á ocupar el Dr. Párraga, todos los profesores de las Facultades de aquella Universidad, los médicos de Cádiz en su casi totalidad y gran número de alumnos de todos los cursos. El doctor explicó un caso de psiquiatría y la interpretación jurídica y legal del mismo. Terminada la lección, alumnos, médicos y profesores, puestos en pie, aplaudieron al catedrático jubilado.

El Sr. Ventín leyó un mensaje suscrito por todos los compañeros de Facultad, y el Dr. Párraga, después de haber abrazado al Sr. Ventín, pidió á éste que transmitiera su abrazo á todos los compañeros.

El día 5 por la noche y en el salón de Actos de la Facultad, se celebró el banquete que, como homenaje merecido, le tributaban los profesores y médicos de Cádiz, en cuya Universidad cursó la carrera el catedrático jubilado.

Los alumnos del presente curso de Medicina legal obsequiarán á su maestro con un refresco y le dedicarán un pergamino.

Inspector honorario de Sanidad de la Armada.—La *Gaceta* del día 3 publica el siguiente Real decreto del Ministerio de Marina:

«A propuesta del Ministro de Marina,

Vengo en promover al empleo de Inspector de Sanidad de la Armada, honorario, en situación de reserva, con arreglo á lo dispuesto en la ley de 2 de Julio de 1865, en la de 29 de Junio de 1918 y en la de 17 de Mayo de 1920, al Sub-inspector de primera clase D. Miguel de la Peña Gálvez, con la antigüedad de 21 de Enero del año actual, fecha en que le correspondió ser retirado.

Dado en Palacio á 30 de Marzo de 1921.—ALFONSO.—El ministro de Marina, *Joaquín Fernández Prida*».

Banquete conmemorativo.—Rogamos á los compañeros que terminaron la carrera en Madrid, en el año 1911, envíen su adhesión para el banquete conmemorativo del X aniversario, que se celebrará en el próximo Mayo.—V. Fort Zárrega.—C. Sáinz de los Terreros.—E. Mesonero Romanos (Serrano, 56).

ROGAMOS encarecidamente que la correspondencia nos sea dirigida al Apartado 121.

Por enfermedad del director y propietario del Instituto Radiumterápico de Madrid, Princesa, 58, se traspasa dicho establecimiento urgentemente.

Oposiciones á médicos inspectores provinciales de Sanidad.—En la *Gaceta* del 3 de Febrero. Se cu-

brarán nueve vacantes, quedando como aspirantes los aprobados sin plaza. Obra única por los Sres. Ferrán, Delgado y Campos, 60 pesetas.—Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL DR. 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.

Tratamiento Curativo del Estreñimiento habitual con **PETROSINANA** García Suárez.

No es purgante, es un hidrocarburo líquido no asimilable, de efectos siempre seguros, lo mismo en niños que en adultos.

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, número 4, Madrid.

SOLUCIÓN BENEDICTO Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



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

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



El papel de esta Revista está fabricado especialmente para
EL SIGLO MÉDICO.

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