

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 FRANCO RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
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
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.
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.
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.
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.
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: Contribución al estudio de la tuberculosis faríngea, por el Dr. José María Barajas y de Vilches.—Equipo sanitario para las inspecciones provinciales, por Víctor María Cortezo.—Momentos anteriores al operatorio en la cirugía renal, por el Dr. Angel Pulido Martín.—Curso práctico de microscopía del ojo vivo por el profesor L. Koeppe, por el Dr. Marín Amat.—Bibliografía, por Juan Madinaveitia.—La Medicina y la guerra: Nota sobre el tétanos localizado en los miembros, por E. Chauvin.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—La reforma de los manicomios españoles, por el Dr. Antonio Fernández Vitorio.—El triunfo jurídico de los titulares.—Por última vez, por A. Almaraz.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA TUBERCULOSIS FARÍNGEA

POR EL

DR. JOSÉ MARÍA BARAJAS Y DE VILCHES

Director fundador del Instituto Otorrinolaringológico de las Siervas de María.

El problema de la llamada «Peste Blanca» fué siempre motivo de honda preocupación para médicos, estadistas y algunos gobernantes convencidos del peligro que constantemente amenaza á la sociedad, como azote y ruina de las generaciones.

El revuelo científico producido por el conocimiento de su génesis y por el tratamiento tan complejo actualmente en boga, han reportado una ventaja esencial y que en época no muy lejana hubiese constituido al practicarlo un delito de lesa caridad; hoy podemos y debemos hacer saber á un tísico la situación morbosa en que se halla, con lo cual conseguiremos, no solamente utilizar un tratamiento oportuno con toda la amplitud que nos dicte nuestro criterio sin reservas ni mentiras, sino que á la vez, siguiendo nuestras prescripciones, evitaremos los peligros de que el enfermo se constituya en un foco ambulante y vector de gérmenes transmisibles á los que con él directamente se relacionan.

Entre las localizaciones de gravedad mayor y de sufrimientos más intensos resistentes á todo tratamien-

to, se encuentran las manifestaciones tuberculosas que radican en la cavidad faríngea, consideradas por la mayoría de los autores, y entre ellos mi inolvidable padre y maestro, como lesiones secundarias á otros procesos, principalmente laríngeos, y casi nunca como una primera manifestación de la infección fímica.

Puede decirse que estas lesiones constituyen el último peldaño de las complicaciones fímicas terminales, contribuyendo á su rápida evolución, no solamente por los venenos que se elaboran en ellas, sino también por las disfagias invencibles ante ninguno de los recursos empleados, sufriendo el organismo una rápida desnutrición y aniquilamiento consiguiente.

El agente causal de las diversas formas de tuberculosis faríngea es el bacilo ácidorresistente de Koch y á él someteremos nuestros juicios en tanto se confirman ó se eliminan las doctrinas de Ferrán; pues en caso de ser ciertas las primeras manifestaciones observadas en la faringe de enfermos, sin aparente lesión en otro órgano (aun cuando esto no quiere decir que no exista), serían originadas por la bacteria alfa y en este caso adquiriría extraordinaria importancia la terapéutica vacunoterápica, ya como profiláctica ó ya como curativa.

No faltando casos de observaciones clínicas, como las de Makensie, Frankel, etc., que admiten como hecho positivo la tuberculosis primitiva de la faringe, aunque la mayoría de estos trabajos fijan toda su aten-



ción en el estado local, pasando muy por encima la investigación clínica del estado general que pertenece en absoluto al dominio del tisiólogo, el cual cuenta actualmente con medios de exploración (radiografía, reacciones tuberculínicas, etc.), que ponen al descubierto lesiones que en épocas anteriores pasarían inadvertidas al mejor clínico, aparentando la faringe ser la primeramente afectada, mientras el germen estaba tranquilamente asentado en el último rincón del organismo, y ante este temor y el hecho de no haberla observado nunca primitivamente en los enfermos de las consultas de mi padre, me han hecho dudar de su existencia, aunque siempre respetando las variadas opiniones contrarias; quede, pues, sentado que hemos de aceptar la división de primitiva y secundaria la tuberculización faríngea, saliendo á nuestro paso los trabajos de Julliard (1865), de Fougere (1871), de Koch (1873), de Barth (1880), d'Angelot (1883), d'Hermándier (1886), de Isambert (1871), de Heinze (1879), de Lennox-Browne y Dundas-Grant (1881), de Guttmann y Lublinski (1883); mereciendo citarse los nombres de Talamon, Peter, Laboulbene, Cornil, Rosenberg y numerosos más, siendo en España Ariza de los primeros que se ocuparon de estas afecciones, según se manifiesta en sus escritos de la especialidad, llenos del mayor sentido clínico, entre otros muchos cuya relación sería interminable.

Aceptada la anterior división preciso es hacer constar la variadísima patogenia que puede dar lugar á unas ó á otras formas primitivas ó secundarias, influyendo esencialmente en la génesis de las primeras la violenta impulsión de la corriente aérea que arrastra el germen específico y lo deposita en un resquicio intercelular desprovisto del cemento sólido normal y cuyos elementos poliédricos se hallan unidos por sencillos puentes, permitiendo la falta del citado cemento la fácil penetración y acoplamiento del bacilo de Koch que mecánicamente fué transportado hasta este lugar.

La génesis de las formas secundarias varía radicalmente, puesto que no solamente pueden producirse por ser hasta la faringe acarreado el germen por la corriente linfática ó sanguínea, sino que la inoculación directa es en extremo facilitada por encontrarse la mucosa desepiteliada y exenta de la secreción fisiológica de moco que permite la fijación de los gérmenes que á cada momento son expelidos del aparato respiratorio, ya sea por la tos ó por cualquier movimiento de emanación broncopulmonar.

Viene á nuestra memoria uno de los trabajos más interesantes del Dr. Ariza, que hablando de estos procesos y dando la explicación etiológica del por qué los procesos fímicos laríngeos son los que más contribuyen directamente á las faringitis de propagación, decía refiriéndose á un informe que le enviaba el Dr. Mendoza, insigne bacteriólogo del hospital de San Juan de Dios de esta Corte:

1.º En las secreciones procedentes del pulmón los bacilos no se presentan en bloques espesos y macizos, pues antes de ser expectorados se separan y difunden en la secreción á causa del tiempo que tarda en distri-

buirse en los tubos aéreos y de los movimientos y sacudidas que experimentan para salir al exterior.

2.º El bacilo de la granulación aguda que viene rápidamente á fusión, difiere del de las formas crónicas por signos que revelan sus edades relativas, y después de algunas digresiones dice: «Juicio más exacto cuanto que viene á confirmar en el terreno clínico lo que ya en el necrópsico habían descubierto Hunter y Mackenzie, á saber: en el individuo muerto de tisis se encuentra en las secreciones de su laringe, cuando este órgano está tuberculizado, una masa colosal de bacilos que nunca se observan en la tuberculosis pulmonar, y que esa diferencia en la cantidad de los microbios depende de la diversidad del sitio».

Estas importantes acotaciones de maestro tan insigne, nos dan como dato constante y firme que los gérmenes reunidos en forma de bloques son señal característica de lesiones laríngeas, deduciendo lógicamente que esta pletórica invasión faríngea reproducirá *in situ* el proceso de origen.

El sistema linfático de la faringe es otro factor esencial para el desenvolvimiento de la afección que me ocupa. Constituido por las amígdalas palatinas, lingual y de Gerlach, como también por la angina faríngea descrita por Santorini en el año 1775 y posteriormente por Lacauchie, Kölliker, Luscka, Killian y Escat, en unión de los folículos aislados por Gerlach, señaló en los orificios tubáricos, y Dobrowolski en el seno piriforme de la laringe, está formado el anillo linfático de Waldeyer, capaz de presentar las más variadas manifestaciones fímicas, dejando sentado como datos de observación precisos, que á semejanza de lo observado por Isambert, que fué el primero que se ocupó de este asunto y de los que posteriormente confirmaron la rareza de las manifestaciones tuberculosas primitivas de la faringe, puedo afirmar plenamente que en la rebusca que he hecho en los enfermos inscritos en las consultas de mi padre y en los casos por mí observados, ni una sola vez he encontrado esta afección localizada primeramente en la faringe, añadiendo para mayor abundamiento, que la forma ulcerosa llevó al enfermo rápidamente al final sin tregua de mejora á pesar de recurrir á cuantos medios la terapéutica aconseja.

Los nombres de Castex, Lemoyer, Lubet, Barbon, Moure, Roult, Brindel, etc., surgen en nuestro camino cuando intentamos investigar las manifestaciones anatomopatológicas en el tejido adenoideo hiperplasiado.

Según Brindel, el epitelio cilíndrico con filamento vibrátil que tapiza la superficie se dispone en varias capas, desapareciendo frecuentemente las células caliciformes en virtud de una degeneración vacuolar. Este epitelio se nos muestra aplanado en la superficie libre, conservando la forma cilíndrica en las paredes de las criptas que existen abundantemente en el interior de las masas vegetantes. Circunstancias ambas que nos dan idea precisa de la electividad del bacilo de Koch en la zona vegetante faríngea, puesto que como acabamos de decir, el epitelio de la superficie está degenerado y erosionado por el constante rozamiento de los alimentos, perturbándose como es lógico en dicha superficie

la secreción mucosa defensiva, y la otra porción del epitelio que se invagina en las criptas á manera de dedo de guante, también se perturba mediante diversos estados inflamatorios producidos por la variada flora microbiana que normalmente existe.

Esta disposición anatomopatológica la hemos hallado casi siempre en los casos de adenoidismo infantil, pues en los adultos encontramos frecuentemente en la constitución de sus tejidos adenoideos hipertrofiados gran predominio del tejido fibroso que macroscópicamente pudimos confirmar por su dureza, tejido fibroso que el microscopio demostró su limitación á la pared basilar ó peduncular y en ocasiones alrededor de los vasos formando periarteritis que son origen de las frecuentes hemorragias que observamos en estos enfermos.

Así pues, tenemos que admitir que en las formas observadas por otros autores, los cuales admiten la infección primitiva de la faringe, el bacilo de Koch es directamente aportado hasta esta región por el aire inspirado. Tal es nuestro criterio en las escasas observaciones que he podido recoger en la literatura médica dada su rareza en la clínica habitual, y es más, yo creo que aun en estos casos muy bien pudiera ser el punto de partida de la infección algún ganglio que en las regiones profundas del cuello ó del mediastino pasara inadvertido á la más minuciosa exploración clínica, aceptando por completo las ideas de Cauveau acerca de la tuberculización pulmonar por intermedio de las vías digestivas, que pueden ser atravesadas por el bacilo sin dejar huella, encargándose la corriente sanguínea y linfática de transportarlo á órganos distantes, teoría que pudo comprobar con la experimentación en animales y que podríamos adaptar á estos casos por la clínica conceptuados como manifestaciones tuberculosas primitivas, que siempre debemos diagnosticar con las reservas naturales. Ahora bien; cuando estas manifestaciones son consecutivas á procesos fímicos de los órganos respiratorios hay que suponer que el vehículo portador del germen es la expectoración infecta que frecuentemente arrojan estos enfermos, pero cuando la lesión primitiva recae en aparato digestivo ó en la piel, seguramente que la infección utiliza el sistema *linfático* ó *sanguíneo* para instalarse en la región anatómica que nos ocupa y dar lugar á las localizaciones consecutivas caracterizadas por la especial sintomatología de las lesiones tuberculosas secundarias, sobre todo cuando el ataque microbiano encuentra el terreno patológico abonado para el desarrollo de la infección; como los sujetos enfermizos, ó con gran debilitación de las defensas orgánicas y especialmente en aquellos niños con taras de escrofulismo cuyos órganos linfoides rinofaríngeos presentan evidentemente un estado hiperplásico análogo al que en 1864 describió Wilhelm Meyer, de Copenhague, al estudiar las vegetaciones adenoideas por primera vez, considerando actualmente Lermoyez á la forma fímica *vegetante* de la faringe como una verdadera hipertrofia del tejido adenoideo, y no él sólo, sino Dieulafoy afirma que por cada 15 casos de enfermos de adenoiditis hipertrófica, uno es tu-

berculoso, sosteniendo este mismo criterio Moure y Nicolle, los cuales establecen la conclusión de ser tuberculosos el 12 por 100 de los adenoideos, coincidiendo sus estadísticas con las de Boulay, Heckel y otros muchos que suponen á las vegetaciones adenoideas constituir el primer eslabón de la cadena patológica en cuyo final se halla la tuberculización pulmonar, estableciendo tres fases sucesivas, denominadas: 1.^a, etapa de hiperplasia naso-faríngea; 2.^a, de infartos ganglionares cervicomedíastínicos, y 3.^a, etapa de manifestaciones pleuro-pulmonares.

Merecen citarse los trabajos de investigación en este sentido, realizados por Schlesinger y Geipel; afirmando Marfan que la infección amigdalina es la explicación mejor de los caracteres de la tuberculosis en los primeros años, por tener esta infección predominio en los ganglios del cuello y mediastino, desarrollándose él debilmente en el pulmón, y siendo muy rara la localización en el vértice, aceptando estas doctrinas el ilustre catedrático de Valladolid Dr. E. Suñer en su precioso libro de enfermedades de la infancia y señalando el hecho de que aquellos niños pretuberculosos, mejor dicho, tuberculosos en estado latente, según el concepto actual de la ciencia, los cuales reaccionan intensamente con cutirreacciones atenuadas, presentan manifestaciones adenoideas y poliadenitis de los ganglios cervicales y traqueobronquiales, teniendo como punto de origen de su infección la cavidad nasofaríngea y contribuyendo á su propagación la disposición anatómica de los linfáticos de la nariz y faringe que tan bien supieron describir Cuneo y Marc André, siendo célebres las investigaciones clínicas y biológicas de Georges y Gellé y Durochowski, llegando este último á demostrar la presencia del bacilo de Koch en los vasos linfáticos del cuello. Numerosos estudios y curiosas investigaciones prosiguen á las anteriores, y así Siegert, Guinon, Barth, Castex, Strassman y Schlesinger estudian detenidamente las formas aparentes de tuberculosis faríngea, y últimamente R. Sikolowsky, después de practicar numerosas autopsias á tuberculosos muertos en último período, describe en interesante informe la diseminación del proceso tuberculoso general, manifestándose localmente bajo la forma de pequeños nodulillos alojados en las glándulas de los repliegues laterales de la faringe.

Por todo lo expuesto, vemos el importante papel que juega el tejido adenoideo de la misma, sobre todo en sus manifestaciones hiperplásicas, manifestándose de un modo claro y evidente la necesidad de recordar á las gentes profanas á la Medicina, que detrás de las fosas nasales existe una tercer amígdala compuesta de tejido linfoides y llamada angina de Luscka, cuya hipertrofia constituye la afección clásica que se conoce con el nombre de vegetaciones adenoideas, las cuales son en numerosas ocasiones puertas de fácil entrada á las infecciones, dando lugar á multitud de perturbaciones como otitis, sorderas, etc., además de trastornos nerviosos y alteraciones de la nutrición.

Esbozada en este ligero estudio la patogenia de la localización faríngea de la fímia, y visto su complicado

mecanismo, hemos de encontrar fácil explicación á la génesis de sus variadas formas clínicas, habiéndolas sabido analizar en minucioso estudio cuantos han investigado sobre esta rama de la otorrinolaringología tan en relación con la patología general y, sobre todo, con la fisiología; así pues, en la observación de la clínica diaria tenemos las variedades de las lesiones fímicas de la faringe reducidas á cuatro grupos, que son: lesiones infiltrantes, vegetantes, ulcerosas y miliare; pues todas las demás, según nuestro modo de pensar, son estados particulares que resultan de las manifestaciones simultáneas de estas variedades.

La forma *infiltrante* es la más frecuente, y tiene como sitio de elección la arcada palatina posterior, que aparece con una coloración variante entre amarillenta y rojo lívido, presentando unas pequeñas granulaciones algunas veces, otras más gruesas hasta alcanzar el tamaño de granos de mijo, que la dan un aspecto aframbuesado ó muriforme, hasta que terminan por ulcerarse dichos nódulos, dando lugar á confusiones de apariencia con las formas luposas de la sífilis que son muy parecidas.

La forma *vegetante* hay que considerarla, según Lermoyez, como una hiperplasia del tejido adenoideo, presentándose en la zona más rica en este tejido de la región, ó sea en el anillo de Waldeyer, habiéndola encontrado Moritz, Schmidt y Seiffert en la superficie nasal del velo palatino, pero siempre como manifestación secundaria del proceso tuberculoso, pues primitivamente es muy rara, no habiéndola hallado Bride más que en un 3 por 600, debiendo sin duda la rareza de estas observaciones á la confusión de sus síntomas con los de las vegetaciones adenoideas, sobre todo cuando en la tuberculosis todavía no existe invasión de ganglios consecutiva, metástasis que han permitido observar en la faringe de autopsiados verdaderos tumores tuberculosos que la anatomía patológica nos ha mostrado estar constituidos por células gigantes é infiltraciones de células embrionarias dispuestas de la misma manera que en el tuberculoma.

En esta forma, más que en ninguna otra, se nos revela de modo evidente la extraordinaria importancia que en la etiología de la tuberculosis tiene el estado del desarrollo del tejido linfático de la faringe, que si bien en multitud de ocasiones es trinchera avanzada que defiende la integridad orgánica total de los bruscos asaltos microbianos, constituye otras veces, en cambio, una fácil vía de acceso para los mismos; por eso los que á esta especialidad nos dedicamos tenemos que aclarar el lamentable error de todos los que achacan en la infancia á las vegetaciones adenoideas, la génesis de casi toda la patología infantil, que más tarde el detenido examen y minuciosa anamnesis habrán de rectificar, siendo los que así piensan, declarados partidarios de la adenoidectomía sistemáticamente como tratamiento salvador de aquellos síntomas oscuros que ellos no supieron interpretar, quizá debidos á las alteraciones del metabolismo, regido por las indudables secreciones internas de estas glándulas, y que al suprimir al organismo estas valiosas defensas que la naturaleza supo colo-

car en esta frágil región anatómica, transformarán estos baluartes contra la infección en terreno peligroso y susceptible de ser atacado por cualquiera de los gérmenes que constituyen la variada flora microbiana de la región, y, sobre todo, por el bacilo de Koch.

La forma *ulcerosa* casi siempre es consecutiva á las anteriores, presentándose raramente aislada, pues la concomitan lesiones ulcerosas de lengua ó velo palatino, siendo extraordinariamente frecuente su existencia, según lo hemos comprobado, tanto mi padre como yo, en los enfermos de laringitis tuberculosa, también en período ulcerativo, siendo característico el aspecto de estas ulceraciones, que se presentan muy superficialmente y con un contorno sinuoso, de fondo granuloso revestido de moco y exudados purulentos, rodeadas algunas veces de pequeños puntos amarillentos que llevan el nombre de granos de Trelat, teniendo como particularidad especial el ser excesivamente dolorosas.

La forma tuberculosa aguda *miliar*, que fué estudiada entre otros muchos, por Julliard, Isambert, Barth, Lennox y Browne, es como todas ellas casi siempre secundaria á procesos torácicos y laríngeos tuberculosos agudos, manifestándose por la invasión rápida de la faringe, que adquiere una coloración rojiza parecida á la faringitis catarral aguda, pero apareciendo al poco tiempo en los pilares, amígdalas y velo una erupción de granulaciones confluentes miliares blanco amarillentas que no tardan en ulcerarse, confundiéndose unas con otras para constituirse en extensas ulceraciones como en la forma anterior, que aumenta la disfagia hasta el punto de hacerse imposible la deglución, propagándose el dolor á los oídos. Suelen presentarse infartos ganglionares próximos, sobre todo en la región submaxilar si la muerte no ha sobrevenido antes, que es la terminación fatal de estos enfermos, pues en la literatura solamente he encontrado un caso de curación que cita Gouguenhein, al cual trató por extirpación de la úvula. Todas mis observaciones personales tuvieron como final la muerte en breve plazo, según indicamos anteriormente.

(Se continuará.)

Equipo sanitario para las inspecciones provinciales ⁽¹⁾

POR

VÍCTOR M.^a CORTEZO

Forman parte de estos equipos, un aparato pulverizador, sistema «Excelsior», y una bomba pulverizadora. Huelga decir el objeto de estos aparatos; pero sí conviene advertir que la pulverización, como práctica sanitaria, no tiene mayor valor que el complementario de una buena desinfección.

Debe tenerse esto en cuenta para no utilizarla sino como coadyuvante de las desinfecciones practicadas con vapor, formaldehído y hasta con los mis-

(1) Véase el número anterior.

mos productos empleados en otras modalidades de la desinfección química.

El pulverizador «Excelsior» (representado en la fig. 9.^a) es de una tan manifiesta sencillez, que hace innecesaria toda descripción, basta tenerle á la vista para darse perfecta cuenta de su funcionamiento.



Fig. 9.^a

Las soluciones químicas empleadas en estos aparatos deben ser preparadas de antemano, y con la mayor escrupulosidad, en vasijas muy limpias que, como las que sirven para la medición, serán minuciosamente aclaradas, puesto que la adherencia del producto á sus paredes, alteraría la proporcionalidad de la solución.

Estas deben agitarse, durante su confección, para que sean completas, y el agua empleada, caliente, para facilitar la disolución. Deben exceptuarse de esta regla las soluciones de formalina, en las cuales el agua se pondrá fría, para evitar la evaporación de parte del producto.

La agitación debe realizarse de preferencia con un instrumento de madera.

Los productos que enviamos en estos equipos son: la formalina al 40 por 100 y un cresol; de la primera hemos hablado al referirnos á los aparatos formógenos.

Los cresoles son sucedáneos de los fenoles y están dotados de un gran poder bactericida, siendo económicos, no tóxicos, no alteran los metales, y, por consiguiente, muy preferibles, en ocasiones, al sublimado.

Entre ellos, hemos elegido el «Hullol» por ser bien conocido en este Parque, y presentar indiscutibles ventajas.

Puede utilizarse en las tres formas de desinfección química, inmersión, loción y pulverización.

Sabido es que la primera es la única positiva, siempre que los objetos la toleren, y que se realice en debidas condiciones, y con tiempo suficiente.

El producto viene cuidadosamente envasado en latas herméticas que, garantizando su conservación, le protegen de los choques exteriores. Es un líquido de color rojo-parduzco, olor alquitranado, que recuerda el de los de la destilación de la hulla, densidad, 1,05; consistencia siroposa y reacción ligeramente alcalina.

Resulta un excelente desinfectante de gran aplicación por la facilidad con que emulsiona en el agua, no necesitando (sin duda por contenerla ya la adición de ninguna lejía.

La forma más práctica de aplicación es la inmersión, y así utilizado, es suficiente la solución al $\frac{1}{2}$ por 100 cuando se persiga un fin antiséptico, y al 1 por 100 cuando se persiga uno desinfectante.

Unicamente ante la sospecha de la existencia de un germen resistente ó esporulado deben emplearse soluciones al 3 por 100 como mínimo, y hacer que el contacto del desinfectante con los productos sea, por lo menos, de dos horas.

Utilizado en forma de loción y pulverización, deberán titularse doblemente las soluciones, y no considerar esta forma sino como una desinfección complementaria. (Para utilizar el desinfectante en la forma de pulverización, debe pasarse la solución por una tela metálica fina para impedir que los productos de sedimentación obturen los orificios del aparato empleado.)

Debido á la propiedad de coagular muy escasamente los albuminoides, es aplicable á la desinfección de productos orgánicos.

La bomba pulverizadora, también de construcción española, que forma parte de este equipo, es de una extraordinaria sencillez, y de escasos peso y volumen. Además, su papel equipara al de cualquier aparato de pulverización, condiciones todas ellas que representan una indiscutible utilidad práctica.

Con ellas se realiza, en la actualidad, la petroliización de los estancamientos de agua, en Extremadura, para la lucha antipalúdica (fig. 10).

Se reduce á una bomba aspirante-impelente de forma cilíndrica (B), de unos 90 centímetros de longitud, á cuyo extremo inferior se ajusta una pequeña manga de caucho (R) rematada en una alcachofa de latón, que impide la aspiración de cuerpos extraños á la disolución. Esta se prepara en un cubo (P).

La parte superior del pistón termina en una manivela de madera (M) destinada á ejercer las emboladas, y en el extremo de este pistón, por cuyo interior asciende el líquido, está la boquilla-surti-

dor (e), cuya forma puede modificarse, ajustando á ellas pequeños discos de latón que nos consentirán obtener, á voluntad, un chorro fino, una pulveriza-

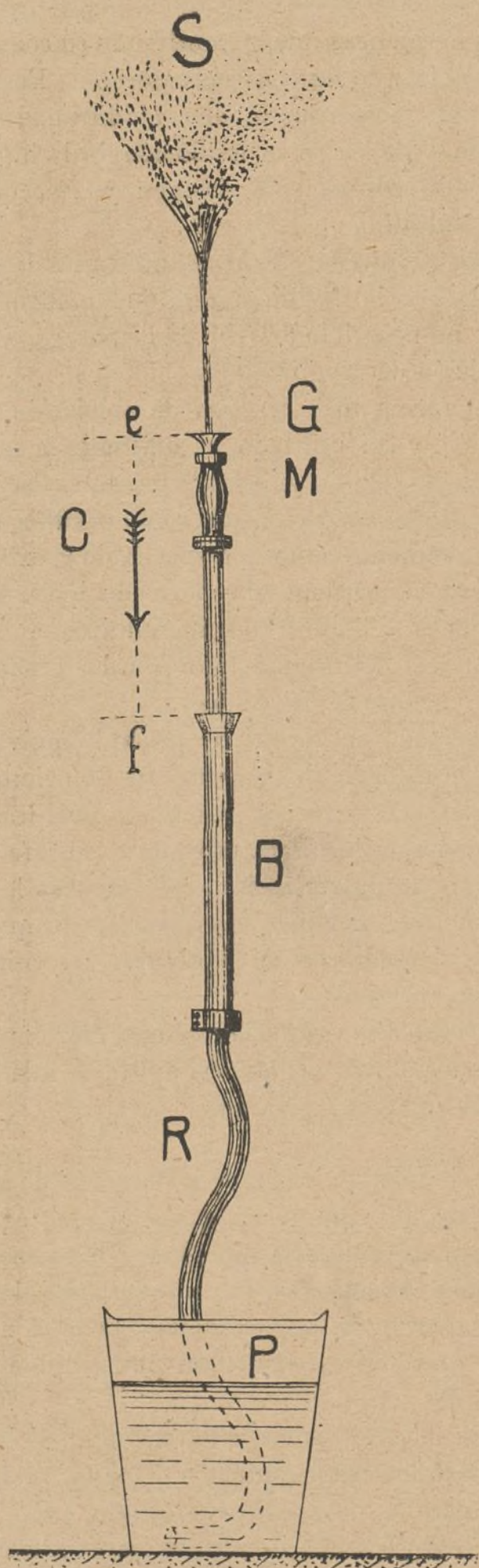


Fig. 10.

ción gruesa, ó, la más práctica, en forma de nube (S).

Así pues, la manipulación debe de hacerse: llenando el cubo de la disolución, introduciendo en él el extremo libre del tubo de caucho, accionando la manivela desde la posición (F) á la posición (G) é invirtiendo el movimiento en el sentido de la flecha (C). Las primeras pistonadas desalojan el aire

contenido en este pequeño sistema, y en seguida comienza á salir el líquido finamente pulverizado.

Esta bomba, desmontada, se encierra en una funda de lona, ajustable al cinturón.

La pulverización debe dirigirse primero sobre las paredes, desde abajo hacia arriba, después al techo, y finalmente, al mobiliario y al suelo. De no hacerlo así, se corre el riesgo de que queden superficies sin bañar.

El mismo desinfectante que enviamos es susceptible de ser utilizado en las otras dos modalidades de la desinfección química; la loción y la inmersión. Esta última realizada en buenas condiciones (solución y temperatura) es absoluta para aquellos objetos que le toleran. La loción, como la pulverización, que no es sino una loción discontinua, tiene el valor relativo de un buen coadyuvante en la práctica sanitaria.

Dar más detalles sobre el modo de operar en estos casos, sería enojoso para mí, y molesto para el lector, pues estas prácticas han sido ampliamente descritas en anteriores publicaciones (1) más y, además, su extraordinaria sencillez, no requiere más que un espíritu observador y tranquilo, y una buena voluntad.

Finalmente, se complementan estos equipos sanitarios con un pequeño número de estuches para recoger el material infectado de los primeros casos (dudosos) y remitirlo, urgentemente, al Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, ó al laboratorio correspondiente.

Están constituidos por tacos de madera, en los que van tallados los alvéolos suficientes para alojar los vasos que han de contener el material. Dos son los modelos: uno destinado á recoger heces (tifoideas, disentería, cólera, etc.) y otro á secreciones faríngeas, sangre, líquido cefalorraquídeo, etc. (difteria, meningitis epidémica, etc.).

Los recipientes de uno y otro son todos de vidrio de distinto tamaño, según el material que han de alojar, provistos de un buen tapón de corcho que garantiza un cierre casi hermético, y que para mayor seguridad puede parafinarse.

Estos envases van incluidos en otros de metal, protegidos con rodajas de cartón absorbente, y cada uno de ellos en su correspondiente alvéolo del taco de madera.

Los destinados á recoger heces, llevan pendiente del tapón una cucharilla; los destinados á los productos de secreción faríngea, llevan un alambre de suficiente longitud, terminado en un asa recubierta de guata.

(1) Desinfección y desinfectantes.—Nociones sobre la práctica de la Desinfección.—Guía del Desinfectante, etc., etc.

Antes de ser utilizados, deben esterilizarse escrupulosamente, y como no es de creer que siempre se disponga de estufas secas, habrá que recurrir á los procedimientos que las circunstancias consientan. Desde luego, debe rechazarse el empleo de soluciones químicas desinfectantes (sobre todo el sublimado), para dar preferencia á la ebullición, para lo cual los envases destapados y sus cubiertas y tapones, se pondrán en agua fría, adicionada de una pequeña cantidad de sal común, y colocada la vasija en un foco de calor se contarán cinco minutos desde el momento de hervir.

Transcurridos éstos, y con las manos bien lavadas, se procederá á la recogida y envase de los productos, según la técnica que al operador aconseje su reconocida discreción.

Una vez cerrado el taco, se envolverá cuidadosamente en papel fuerte encolado, y el paquete lacrado, y filiado ó numerado, se remitirá al centro correspondiente.

Parque Central de Sanidad, Abril, 1921.

Momentos anteriores al operatorio en la cirugía renal⁽¹⁾

POR EL

DR. ANGEL PULIDO MARTÍN

Del Hospital de San Juan de Dios, de Madrid.

Unas gotas de cloroformo, las necesarias para embotar la sensibilidad del paciente, un corte hasta llegar á la cara posterior del riñón, otro que abrió en éste un saco de pus y me permitió dejar un desagüe, por donde se vació la pionefrosis tuberculosa, y volvimos el enfermo á su cama libre de molestias en el riñón operado, donde no ha vuelto á sufrir ninguna incomodidad desde el día de la intervención. Esta ha tenido, además, la bendita consecuencia de hacer cesar los dolores y el tenesmo vesical. La orina se ha aclarado y puede permanecer dos horas y aun más en la vejiga. El enfermo sigue con su diarrea y con su tuberculosis pulmonar, de la cual, desgraciadamente, no escapará; pero hemos convertido un padecimiento quirúrgico en una enfermedad médica, y todos saben el bien que para el paciente representa el ahorro de tormentos que supone este cambio.

III.—EL ESTADO DE CADA RIÑÓN.

Si la función renal total es buena, debemos investigar la parte que toma cada riñón en ese total, no sea cosa que suprimido uno de ellos, el otro resulte insuficiente. Es el momento de emplear cuantos recursos han aconsejado los especialistas para orientarnos sobre el estado de cada riñón. Nosotros hemos acudido á la meatoscopia, á la cromocistoscopia, al cateterismo de los uréteres y al tabicamiento de la vejiga.

(1) Véase el número anterior.

Meatoscopia.—El estudio de la desembocadura de los uréteres, del meato uretérico ó meatoscopia, permite orientarse sobre cuál de los dos es el riñón enfermo. Es notable el contraste que en muchas ocasiones se ofrece entre una desembocadura ó meato uretérico normal y otro rodeado de un halo rojo, ó con el contorno ulcerado ó cercado de pápulas, ó enormemente abierto ó edematoso. En tales casos, la existencia de una anomalía, de una lesión en el meato uretérico, lleva la atención del especialista hacia el riñón cuya desembocadura en la vejiga aparece alterada de manera tan evidente, y subordinamos á la meatoscopia otros síntomas ofrecidos por el enfermo; así, en un caso de pielitis gonocócica, con enorme supuración, que acusaba los dolores espontáneos y también los provocados, en el riñón izquierdo, el meato uretérico de este lado era normal, diferente del derecho, encendido y ligeramente prominente. Sólo por la meatoscopia me decidí á sondear el uréter derecho, donde recogí una orina purulenta, del mismo aspecto que la eliminada por el paciente, el cual curó con unos cuantos lavados de la pelvis renal. En otro enfermo con tuberculosis genitovesical, pude hacer la cistoscopia, después de preparar la vejiga, antes intolerante, y encontré la desembocadura del uréter derecho dislocada hacia arriba y afuera, como señal del acortamiento del uréter tuberculoso. Por esta meatoscopia me decidí á sondear el lado derecho, y hallé una orina purulenta, de poco valor secretorio, contrastando con la del otro lado que obtuve en la vejiga. Hecha la extirpación del riñón tuberculoso, el enfermo curó, sin ninguna complicación, en breve tiempo. El testículo tuberculoso era, en este caso, el izquierdo, ó sea el del lado opuesto al riñón enfermo.

Insisto en que consideramos la meatoscopia sólo como procedimiento de orientación anatomopatológica, y en este sentido, como tiempo previo para el cateterismo del uréter ó para otras investigaciones, es dato precioso que merece atención extremada.

Cromocistoscopia.—Se llama así la contemplación y juicios que se deducen de la salida de un colorante desde los uréteres á la vejiga. Los datos que proporcionan, como los de la meatoscopia, de orientación. Poco á poco han dejado de usarse algunos colorantes muy empleados hace años, entre ellos el azul de metileno, que fué el primero de cuantos utilizaron los especialistas. Hoy las preferencias de los urólogos se reparten entre el indigocarmín y la fenolsulfoneftaleína; yo, por mi parte, estoy muy satisfecho del indigocarmín, pues tengo cuidado de no pedir á este agente y á este método más de lo que pueden dar. Siete á diez minutos después de hecha en el cuádriceps femoral la inyección de 20 c. c. de una disolución de indigocarmín al 4 por 100, aparece por la desembocadura del uréter cuyo riñón funciona normalmente una onda azul, que se repite, teñida cada vez con mayor intensidad, por espacio de unas tres horas, para descender en el color durante otras tres, que suele ser el tiempo de eliminación del colorante. La observación de muchísimos enfermos, en número muy superior á la centena, algunas de cuyas historias figuran en la Memoria del doctorado de mi

discípulo D. Benito González Germade, unidas á la experiencia de gran número de urólogos que han seguido el consejo de Voelcker, creador del método, han demostrado que las alteraciones en la eliminación del azul suponen trastornos del parénquima del riñón correspondiente. Una eliminación normal en la intensidad del color y en el tiempo de su aparición habla en favor de la normalidad del riñón que la segrega, y á la inversa, deben investigarse las causas de una alteración de esa secreción. *La cromocistoscopia consiente orientaciones sobre la función del riñón, sobre su fisiología, del mismo modo que la meatoscopia permite orientaciones sobre su anatomía*, y gracias á esa orientación funcional, podemos ahorrar á algunos enfermos el cateterismo del uréter, cuando este cateterismo no es necesario, pues dicho se está que no siempre lo es, aunque otra cosa haya podido afirmar quien tenga interés en ello.

Así, en el caso de una muchacha de diez y siete años, con historia de litiasis renal izquierda, diagnosticada por su madre, á quien hace años extirpó el doctor Suárez de Mendoza un riñón con el mismo padecimiento, la radiografía del riñón doloroso de la hija revela gran cantidad de sombras indicadoras de piedras; la función renal total es inmejorable, y para orientarme sobre la función de cada riñón, hago una cromocistoscopia, por si fuera necesaria en la operación la nefrectomía, y para evitar el sondeo del riñón afecto, ya que la orina está limpia, no tiene pus. Esa cromocistoscopia me revela una función perfecta del riñón sano (el derecho), y, en cambio, en tres cuartos de hora de observación, no se vió aparecer el color azul por el uréter izquierdo, que era el del riñón calculoso, de donde, pocos días después, extraje 53 piedras de diversos tamaños y formas, y no le saqué el riñón, porque no vi indicación para ello, y creo que todo órgano debe conservarse mientras no esté indicado de manera definida el extirparlo.

Cateterismo de los uréteres.—Cuando las condiciones generales del enfermo son favorables, y suficiente la función renal total, debe hacerse el cateterismo de los uréteres, siempre que se prepare ó pueda temerse una nefrectomía. En nuestra práctica constante, los ejemplos de cateterismo de los uréteres son casi tantos cuantos los casos operados, y hacemos gracia al lector de historias y observaciones clínicas, cuya inclusión aquí haría interminable este trabajo. El cateterismo de los uréteres es de tal modo útil en Urología, que es incomprendible pueda existir cirujano capaz de operar en la región renal sin poseer este recurso auxiliar esencial. Como en la cirugía de la cavidad abdominal se dan con relativa frecuencia los casos de diagnóstico dudoso, el cateterismo de los uréteres es necesario en el mismo grado al cirujano que se especializa en las intervenciones de la cavidad peritoneal. Recuerdo, entre otros casos que demuestran la utilidad del cateterismo de los uréteres en cirugía general, el siguiente de mi práctica. Un enfermo de nuestra clínica tenía un tumor abdominal, con todas las apariencias de ser un caso renal, con renitencia en el peloteo, hecho por le procedimien-

to de Guyón; el tumor se hallaba situado por encima y fuera del ombligo, entre éste y el ángulo esplénico del colon, sin que ofreciera síntoma alguno, ni urinario, ni del aparato digestivo, y sólo un dolor de peso producido por la que se creía neoplasia renal. Para aclarar el diagnóstico, hice el cateterismo del uréter del lado izquierdo, y dislocando el tumor, que consentía cierta movilidad, se radiografió la región renal después de hacer una inyección de colargol en la pelvis del riñón cateterizado. La radiografía acusó una pelvis y cálices normales, ocupando el sitio propio del riñón, y como el tumor estaba dislocado, claro que la tumoración nada tenía que ver con el riñón. El caso, operado, resultó ser un quiste mesentérico, que curó sin el menor trastorno. Aquí, el cateterismo permitió excluir una probabilidad diagnóstica.

En muchos enfermos, sin embargo, el cateterismo del uréter con el cistoscopio de Nitze es imposible, porque no hay capacidad vesical, como ocurre en muchos casos de tuberculosis vesical. En algunas ocasiones, sobre todo en las mujeres, la cistoscopia directa por el procedimiento de Kelly-Luys permite el sondeo del riñón correspondiente, porque esta cistoscopia exige menos capacidad que la clásica; pero hay ocasiones en las cuales tampoco puede verse con esta técnica el meato uréterico, y cuantos hayan hecho autopsias de tuberculosos urinarios lo comprenderán recordando las muchísimas ocasiones en las que la vejiga está transformada en una verdadera úlcera, de tal modo, que nosotros, para ver la desembocadura de los uréteres, hemos debido acudir, en repetidas autopsias, al cateterismo retrógrado, desde cada uréter de la vejiga.

Tabicamiento de la vejiga.—Ante enfermos con lesiones análogas, ¿cuál debe ser nuestra conducta en la clínica? Primero, intentar el aumento de la capacidad de la vejiga por medio de lavados, tonificación, tratamiento antiinfeccioso general específico; segundo, intentar la aplicación de los separadores vesicales, susceptibles de dar resultados absolutamente ciertos, según tengo anotado en muchas historias, donde hago constar, repetidas veces, que por un lado del separador ha salido orina pura, y por el otro pus...

Los separadores ó divisores intravesicales han permitido explorar cada uno de los dos riñones en el 99 por 100 de los casos que, por tener poca capacidad la vejiga, no pueden ser sometidos al sondeo de los uréteres; pero siempre queda algún enfermo en el cual todo parece concitarse para desorientar al médico y dificultar su misión; entonces debemos deducir nuestro proceder del estudio del caso, colocándonos en la época anterior á la del cateterismo del uréter, *aunque teniendo en cuenta los progresos hechos desde entonces, que podamos aplicar al caso*. Así, Kummel, en análogas circunstancias, estudiaba el punto de congelación de la sangre, y si era normal, intervenía quirúrgicamente y extirpaba el riñón enfermo, pues para lograr un punto de congelación normal de la sangre, hace falta, según el autor alemán, un exceso de función renal, y si ese punto existe, se puede privar al organismo de uno de los riñones, mucho más si está enfermo. La llamada constante

de Ambard nos da una medida más aproximada de la función de la glándula renal que la obtenida determinando el punto de congelación ó crioscópico de la sangre; por eso, en casos tales, y para evitar que un enfermo sucumba á una enfermedad susceptible de ser influida de manera favorable por la intervención, creo estamos autorizados á operar á un enfermo en quien no se puede hacer la separación de las orinas cuando las constantes ureica y clorurada de Ambard demuestran una función renal buena, y si en la operación nos encontramos un riñón destruido de manera tan completa, que juzguemos no puede contribuir al total de la función renal previamente determinada, entonces podremos, contando de antemano con la autorización del enfermo y de su familia, extirpar aquel riñón, pues lógicamente pensando, la función renal es producto del otro, del que ha de quedar. Un caso que corrobora y explica estos conceptos lo tenemos en el pequeño, citado al principio de este trabajo, que venía sufriendo desde cinco años antes una tuberculosis génitourinaria total; este niño, desde el principio, perdió, prácticamente, la capacidad de la vejiga, y no tenía uretra que tolerase la introducción de separadores. En un estado de desesperación rabiosa, y hasta agresiva, enfermo y padre me pedían, al presentarse en mi casa, á principios del último Febrero, la operación, única que ofrecía alguna probabilidad para lograr el restablecimiento de la salud, destruida hacía largos años por un continuo sufrir. «Así no puedo dejar á mi hijo—me decía el padre—. Así se morirá, quedándonos el recuerdo de su padecer, sin haber hecho nada que pudiera consolarle». El muchacho, ya dije antes, estaba esquelético, tenía una tumoración renal izquierda enorme, fija, de límites imprecisos, dolorosa á la presión, y la orina, purulenta siempre, lo era más después de las compresiones hechas durante la exploración médica. En estas condiciones se hizo la determinación de las constantes ureica y clorurada de Ambard, y no sin sorpresa me encontré eran normales sus cifras. Ante este resultado, decidí intervenir anunciando la eventualidad del acto operatorio... Tuve la suerte de encontrar un riñón, el izquierdo, de tal modo destruido, que se podía afirmar era incapaz de segregar algo que no fuera pus... Lo extirpé, y el enfermo curó.

Se dirá que, en este caso, debió practicarse una exploración cruenta, como buscar los dos riñones ó sus uréteres, y sondarlos para estudiar la orina recogida gracias á una doble ureterotomía; pero no debemos olvidar que el estado general del paciente no aguantaba muchas operaciones, capaces de aumentar la gravedad de la indispensable, y recordé el caso de una muchacha á quien asistí durante bastante tiempo por una tuberculosis vesical, á quien hizo un cirujano muy distinguido una doble nefrotomía para juzgar cuál de los dos riñones estaba peor..., y no murió de la extirpación; pero murió de la exploración, cosa que viene á ser lo mismo.

Curso práctico de microscopia del ojo vivo

POR EL

PROFESOR L. KOEPPE

Docente privado de la Universidad de Halle (Alemania).

La oftalmología, que por las circunstancias especiales que en el ojo concurren, se encuentra en posesión de los mayores perfeccionamientos científicos, se ha visto enriquecida recientemente con un nuevo método de exploración clínica, que no tiene parecido en ninguna otra especialidad.

Gracias á la lámpara en hendidura del profesor Gullstrand, de Upsala, con algunas pequeñas modificaciones de Vegt (Basilea) y Henker (Jena), que permite enviar al ojo un pequeño fascículo luminoso en forma de prisma cuadrangular, de gran potencia y perfectamente limitado, con lo que se reducen al minimum los fenómenos de difusión (el sistema óptico del aparato de iluminación tiene perfectamente corregido la aberración de esfericidad), se puede observar en el ojo vivo, con el microscopio corneal de Czapski-Zeiss, la histología normal y patológica de la córnea, del iris del cristalino, del cuerpo vítreo y las alteraciones del humor acuoso. También se observan, y merced á una ingeniosa técnica del Dr. Koeppe, el ángulo iridocorneal y la retina, colocando sobre la córnea sus cristales de contacto. Por otro perfeccionamiento del mismo profesor Koeppe, se pueden comprobar las distintas profundidades donde asientan los finos detalles normales ó patológicos visibles con este procedimiento exploratorio.

Con la lámpara de Gullstrand se efectúan muy precoces diagnósticos oftalmológicos, imposibles de realizar de otro modo, estando llamada á prestar grandes servicios á la oftalmología, puesto que no sólo la luz natural (1), sino también la polarizada y la del espectroscopio (la enseñanza de este último procedimiento la verifica ahora por vez primera el Dr. Koeppe, y aún no ha publicado el resultado de sus investigaciones), pueden emplearse con este nuevo método de exploración clínica.

Dos oftalmólogos ilustres, los profesores Vegt (de Basilea) y Koeppe (de Halle), se han dedicado de lleno y con entusiasmo al estudio microscópico del ojo en vivo, creando una nueva ciencia (la microscopia del ojo vivo) y á los que acuden los que quieren aprender el manejo del aparato y la interpretación de lo que con él se observa.

Debido á la iniciativa del Dr. Márquez, á quien tanto debe la oftalmología española (ya organizó el año anterior el notabilísimo curso de Anatomía Patológica Ocular del profesor Fuchs), la Junta de Ampliación de Estudios y la Facultad de Medicina, han invitado al profesor Koeppe, á dar un curso de 10 lecciones prácticas de microscopia del ojo vivo, en el Colegio de San Carlos.

(1) Entiéndase la luz (del sol ó de cualquier foco luminoso), en las ondas eaminan en todas direcciones.

Los resultados han superado á las esperanzas. Más de 50 oculistas españoles, uno de Buenos Aires y otro de París, se han apresurado á inscribirse en el curso del profesor Koeppe, deseosos de perfeccionar su especialidad, y dando como siempre una nota simpática de amor al estudio y á los adelantos científicos.

Con tan numeroso contingente de oculistas, el doctor Koeppe se ha visto precisado á dividirlos en cuatro grupos; dos de provincias y dos de Madrid. El primer grupo de provincias recibe las lecciones diarias desde el día 4 al 14 de Abril y el segundo desde el 15 al 25 del mismo mes. Los grupos de Madrid tienen las lecciones en días alternos. Esto hace que el profesor Koeppe realice una labor extraordinariamente intensiva, dando dos lecciones diarias y distintas, una á la mañana, de once á una, y otra á la tarde, de seis á ocho.

Las lecciones son mitad teóricas (en francés) y mitad prácticas. La parte teórica la expone con perfecta claridad y en ella da cuenta de cuanto es posible observar en cada porción del globo ocular.

El programa de las lecciones es el siguiente:

- 1.^a Teoría de los aparatos para la exploración microscópica en el ojo vivo. Demostración de sus diversas partes.
- 2.^a Práctica ó detalles del empleo de los aparatos de exploración microscópica en el ojo vivo.
- 3.^a Investigación de la córnea normal y patológica.
- 4.^a Investigación del humor acuoso y del iris normal. Investigación del iris en estado patológico.
- 5.^a Investigación del cristalino normal.
- 6.^a Investigación del cristalino patológico.
- 7.^a Investigación del cuerpo vítreo.
- 8.^a Investigación del fondo del ojo.
- 9.^a Investigación del ángulo de la cámara anterior.
10. Investigación con la luz polarizada.

La práctica de los aparatos la verifican los mismos oftalmólogos matriculados al curso, bajo la dirección atenta y detenida del profesor Koeppe, aprendiéndose en poco días el manejo de los mismos y la interpretación de lo que con ellos se ve.

El éxito alcanzado con este curso debe servir de estímulo á la Junta de Ampliación de Estudios para repetirlos á la vez que hacerlos extensivos á las distintas especialidades y de satisfacción á los organizadores.

Los oculistas españoles, por su parte, quedan altamente agradecidos por las buenas enseñanzas que en él han adquirido (1).

DR. MARÍN AMAT

Madrid, 12 Abril 1921.

Bibliografía.

ENFERMEDADES DEL ESTÓMAGO, editado por Calpe, 671 páginas.—
LITIASIS BILIAR, Monografía editada por Calleja, 114 páginas,
ambas obras son de Luis Urrutia.

Todos los lectores de esta revista conocen las publicaciones constantes de Urrutia, que tienen digno remate con estas dos obras que honran á la Medicina patria. En ambas res-

(1) Dentro de breves días se publicará en esta Revista el curso completo del profesor Koeppe.

plandece la claridad de la exposición, junto al juicio perfectamente valorado de lo que dicen los demás, al cotejarlo con la experiencia propia.

Urrutia conoce siempre toda la literatura que hay sobre el asunto que trata, además ha asistido a todas las clínicas de los más eminentes especialistas de Europa y América del Norte; pero no se contenta nunca con ser un recopilador de lo que dicen los demás; tiene una gran experiencia personal y nos comunica los datos ajenos junto á los propios, con el juicio que le merecen.

Sus libros son muy atractivos, llenos de enseñanzas, sin pedanterías bibliográficas y con el sello personal de quien conoce á fondo el asunto y tiene gran talento y medios de cotejar cuanto lee. Esto les da su gran valor, y podemos decir que en el momento actual no hay otro tratado tan bueno de enfermedades del estómago, ni aquí ni fuera de aquí. Sobre todo el capítulo de la úlcera gástrica, que es lo que hoy estudiamos todos con mayor empeño, está tratado de mano maestra.

La Monografía sobre la «Litiasis biliar» es menos intensa, porque se propone vulgarizar en pocas páginas los conocimientos actuales sobre esa enfermedad tan frecuente y tan poco conocida para los que no se dedican á la especialidad; ya que en general sólo diagnostican los cólicos hepáticos clásicos, y esos se presentan en el menor número de casos.

Es asombroso el que en un pueblo como San Sebastián y sin tener un servicio hospitalario haya podido Urrutia llegar adonde ha llegado. Eso habla muy alto á su favor. Aquí disponemos de muchos medios, y á Urrutia le hubiera costado muchísimo menos el llegar al lugar preeminente que hoy ocupa dentro de la especialidad, tanto en España como en el extranjero, si por circunstancias excepcionales no hubiera tenido que renunciar á vivir en Madrid, en sus primeros años profesionales.

Hice poco habla yo en estas columnas, con el elogio que merece, de la obra de Marañón, y decía que en las enfermedades infecciosas es en donde daría sus mejores frutos. En el tomo que acaban de publicar sobre estas enfermedades nos da un buen anticipo de lo que podemos esperar de su laboriosidad y aptitudes, cuando se termine y empiece á funcionar el Hospital de Infecciosos.

Es bien grato para los que llegamos al final de la vida el ver que hay un número suficiente de gentes de valer en nuestra profesión, como lo demuestran los libros á que hacemos referencia, para elevar la Medicina española á un nivel que no había alcanzado hace muchísimo tiempo. Como en todas partes se progresa mucho, si cada vez estamos más cerca de los países más cultos, es indudable que hemos llevado un paso muy acelerado. Si las demás profesiones se pusieran á la altura de la nuestra, creo que la cultura patria se pondría pronto al nivel de los países más adelantados, porque en todas partes es pequeño el número de los que valen; pero ese pequeño número es el que da el tono al país. Ahora que han descendido en barbarie hasta nosotros, sería bien agradable el que nos eleváramos en la ciencia á su altura. Cuando leemos libros como los de Urrutia, aumenta nuestra esperanza de que la Medicina española llegue á ocupar un puesto igual al de las demás naciones; porque el número de los que trabajan y valen va siendo cada vez mayor. Afortunadamente tiene poca importancia el que la organización de la enseñanza sea tan mala en tre nosotros, porque va habiendo en Madrid medios para el que quiere trabajar y hay un número bastante grande de médicos que estudian.

La guerra ha demostrado que la organización es muy mala para la mayor parte de las cosas; porque establece las jerarquías que impiden aprovechar las aptitudes de los más

capaces que casi siempre son jóvenes; pero la ciencia como el arte no necesitan esperar para producir sus frutos, y el que sean ó no reconocidos es una cosa muy accesoria junto al valor de la producción en sí. Urrutia no tiene ningún cargo oficial del Estado, la Diputación, ni el Municipio. No es académico. Nada de eso importa lo más mínimo para que su labor haya llegado á tener la resonancia que ha adquirido. Precisamente en estos días relata él toda la historia de los hermanos Mayo, que es bien sugestiva, respecto á que lo único que tiene un valor positivo es el trabajar bien.

No es que yo considere perjudicial ni aun indiferente el que se organizara mejor la enseñanza de la Medicina; pero creo que el movimiento de progreso que se observa entre el elemento joven, es mucho más importante que la organización. No hay que perder de vista que Claudio Bernard, Pasteur, Cajal, etc., han hecho sus trabajos sin grandes laboratorios ni grandes medios.

Ya sé que se me dirá que no todos somos genios. Conformes en absoluto; pero cuando vemos que después de haber *organizado* perfectamente el estudio de la Anatomía Patológica en los países más adelantados, han tenido que ser los clínicos los que les han dicho que hay muchas apendicitis y muchas úlceras duodenales, en vez de ser los Institutos de Anatomía Patológica los que llaman la atención de los prácticos sobre esas enfermedades, no se pueden esperar grandes provechos de la organización.

El día que la humanidad entera tenga conocimientos suficientes, y que sean los más aptos los que se dediquen á la Ciencia, el progreso será inmenso y la preocupación del reconocimiento oficial de su saber, habrá perdido afortunadamente el poco valor que aún tiene.

JUAN MADINAVEITIA

LA MEDICINA Y LA GUERRA (1)

Nota sobre el tétanos localizado en los miembros

POR

E. CHAUVIN

Los músculos de la espalda, supra é infraespinosos, deltoides, pectoral mayor y gran dorsal permanecen libres y están flexibles á la palpación. Ninguna dificultad de los movimientos del cuello, ni trismo. Las otras extremidades están absolutamente normales.

En suma, contractura estrictamente localizada al miembro superior derecho, claramente predominante á nivel del brazo, agitando al miembro sacudidas convulsivas dolorosas, durante las cuales el paciente no puede impedir la flexión del antebrazo, yendo la mano á apoyarse en el mentón.

La herida se ha reducido á un trayecto minúsculo que no da casi nada de secreción.

El examen radioscópico descubre la presencia de un fragmento de granada, á unos 3 centímetros de la punta del omoplato. El proyectil, llegado á la parte inmediatamente inferior del sillón del pectoral, ha atravesado la región interna del hueco axilar, rasando el costado por dentro, pues de los vasos y de los troncos nerviosos no tiene relación de contigüedad con el plexo braquial.

(1) Véase el número 3.513.

La temperatura, por la mañana, 37°; por la tarde, 37°,7.

Establecido el diagnóstico de tétanos localizado, se prescribe 10 c. c. de suero, 6 gramos de cloral en posición y tres baños calientes.

14 de Septiembre.—La noche ha sido mala, la contractura ha invadido los músculos de la espalda (supra é infraespinosos y romboideo). Al mismo tiempo los fenómenos se han acentuado en el antebrazo; los dedos conservan la flexibilidad, excepto el pulgar.

A la medicación consignada se adiciona 1 c. c. de morfina.

16 de Septiembre.—Leve mejoría; la noche ha sido de más calma; se suspenden los baños, mal soportados.

18 de Septiembre.—Extensión de las contracturas al gran pectoral y al trapecio. Se continúan las inyecciones de suero á la dosis diaria de 10 c. c., se eleva á 9 gramos la dosis de cloral, y se sustituye la morfina por el pantopón, á dosis de 2 c. c.

19 de Septiembre.—Pasa mejor la noche, pudiendo dormir algunos momentos.

20 de Septiembre.—Vuelven á instituirse los baños calientes, dos al día, continuando en lo demás con el mismo tratamiento.

25 de Septiembre.—Las sacudidas convulsivas, cuya intensidad y frecuencia habían dismuido en los últimos días, desaparecen por completo. Las contracturas persisten, intensas, en todo el territorio invadido.

27 de Septiembre.—Por primera vez se puede hacer ejecutar al antebrazo algunos movimientos pasivos de extensión, limitados á una decena de grados. La extensión activa de los dedos es posible.

2 de Octubre.—El paciente puede ejecutar algunos movimientos de extensión activa del antebrazo. El bíceps, sin embargo, sigue estando duro y globuloso, así como también los músculos de la espalda y el romboideo; el pectoral mayor, el trapecio y los músculos del antebrazo están libres. Se suprime el cloral.

8 de Octubre.—Los movimientos voluntarios del antebrazo han adquirido amplitud; el bíceps, aunque contracturado todavía, está más flexible á la palpación. Se suprime el suero y los baños, no conservando más que una inyección de morfina y 3 gramos de bromuro.

15 de Octubre.—El lesionado puede llevar su antebrazo de la flexión completa al ángulo recto. Los dolores han desaparecido por completo; sólo el bíceps está ligeramente contracturado. Se levanta el paciente; es suprimida la morfina.

1.º de Noviembre.—Ha desaparecido toda manifestación de contractura; por la larga contractura del bíceps, que ha durado cincuenta días, persiste la retracción musculotendinosa. La extensión del antebrazo, cuyos movimientos hasta allí se efectuaban libremente, es bruscamente limitada á los 110° próximamente; bajo la piel se siente tenso el tendón bicipital.

Después de algunos días de masaje y de movilización metódica, no teniendo ya necesidad de más tratamiento que la mecanoterapia, el paciente es evacuado al interior.

OBSERVACIÓN IV.—El 25 de Abril de 1915 fui llamado á Cette, al hospital de la Misericordia, para ver á un enfermo, cuya historia expondré en pocas palabras:

Herido el 5 de Marzo de 1915 por casco de granada en la región glútea izquierda, fué llevado á Fraise, donde se le puso una inyección de suero antitetánico, y después evacuado á Cette. El proyectil no había podido ser extraído, y la herida, situada en la parte media del surco de la nalga, había cicatrizado lentamente, después de cerca de un mes de supuración.

12 de Abril.—El paciente se queja de dolores localizados en la herida. Experimenta algunas contracciones musculares en el muslo izquierdo; al día siguiente movimientos convulsivos agitan este miembro. Seguidamente se instala una contractura continua con dolores muy vivos. Se administra morfina, pero los dolores no se aminoran, induciendo á que seamos llamados.

25 de Noviembre.—Hallamos al enfermo echado sobre el vientre; toda la extremidad abdominal izquierda está inmovilizada por la contractura. El pie se halla en equinismo y prolonga el eje de la pierna; los dedos del pie están extendidos; la pantorrilla, contracturada; se ve y se palpa el relieve de los gemelos; el muslo está duro.

(Se continuará.)

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Leucemia mielógena aguda.**—El Dr. Carlos W. Maynard refiere el siguiente caso:

Mrs. H. L., americana, blanca, de treinta y cinco años, con tres hijos vivos, había tenido tres abortos, dos de ellos sépticos. La historia personal era por lo demás negativa.

El 30 de Marzo de 1920 le extrajeron dos dientes á causa de abscesos apicales. Dos semanas después se observó infección bucal, en la que se encontraron *B. fusiformis* y espiroquilos. Este estado duró unas tres semanas. La paciente regresó entonces á su labor ordinaria de enfermera práctica, pero se quejó de una sensación como si se le estuviese desarrollando «un catarro en la cabeza».

El 28 de Mayo se quejó de malestar y dolores generales. La temperatura era 99°,8 F. (37°,5 C.).

El 29 de Mayo se sintió mejor. La temperatura era 98°,6 F. (37° C.).

El 30 de Mayo, al levantarse, se sentía bien y tomó un desayuno normal; pudo llevar á su paciente á dar un paseo. Al cabo de una hora comenzó á sentirse mal y se tomó la temperatura que era de más de 102° F. (38°,9 C.). Volvió á su casa y se acostó. La temperatura á la una próximamente era 103°,4 F. (39°,6 C.) y á las cinco próximamente, 104°,8 F. (40°,3 C.). Se quejó de grave dolor muscular general y constricción ó estrechez de la garganta; también de dolores de «pleuresía» en el lado derecho. Tenía tos ligera y se mostraba muy nerviosa é inquieta.

El 31 de Mayo, por la mañana, la temperatura era 108° F. (38°,1 C.); el pulso 116, siendo el estado general el mismo que el día anterior. La temperatura por la tarde era de 104°,8 F. (40°,3 C.). Tenía dolor en la cabeza y en el ojo derecho. Insistió que tenía una hinchazón en la garganta que casi la ahogaba. La garganta estaba enrojecida, pero no po-

dían distinguirse ni membrana ni placas. Había estertores en la base del pulmón derecho. Los ganglios cervicales estaban congestionados.

El 1.º de Junio el estado era casi idéntico. La paciente tenía ligera palidez.

El 2 de Junio, la temperatura axilar era de 103°,6 F. (39°,8 C.); el pulso, 130; los párpados derechos estaban hinchados y equimóticos. Había costras en los dientes. Padecía de ligera confusión mental con intervalos.

El 3 de Junio, la temperatura axilar varió de 101°,4 á 104°,4 F. (38°,6 á 40°,2 C.). Los párpados derechos estaban tan hinchados que no los podía abrir y eran de color púrpura. Tuvo hemorragias de la nariz, boca y garganta y muy profusa del útero. El bazo era sensible, pero no palpable, más abajo del reborde costal. A las ocho próximamente los párpados izquierdos revelaban equimosis incipiente y los ganglios cervicales eran palpables y del tamaño de un guisante.

La disnea, al parecer debida al líquido de los pulmones, y la continua pérdida de sangre por todas las superficies mucosas, terminó en la muerte á las ocho a. m., el 4 de Junio.

Se consideró y trató el caso como una infección grave y oscura, hasta que un examen sanguíneo hecho la tarde antes de morir, reveló: eritrocitos, 2.688.000; hemoglobina, 48 por 100 (Sahli); leucocitos, 7.600; linfocitos maduros, 18 por 100; linfocitos inmaduros, 6; endotelocitos, 4; neutrófilos polimorfonucleares, 25; mielocitos neutrófilos, 5; mieloblastos y premyelocitos, 42.

Las células predominantes medían de 21 á 22 micras de diámetro y estaban caracterizadas por núcleos ovales con una delicada estructura cromatínica, límites celulares muy irregulares y citoplasma bien no granular ó conteniendo algunos gránulos groseros. No se practicó la reacción de la oxidasa para identificar su origen mielógeno, pero la existencia de los gránulos groseros en muchas de las células, el tamaño y la delicada estructura cromatínica de los núcleos, los diferenciaban marcadamente de los linfocitos que se encontraron en el mismo frote.

No se pudo obtener permiso para hacer la autopsia, ni se encontraron datos de un previo recuento sanguíneo en la paciente, y á causa de haberse identificado tan tarde la enfermedad, sólo se hizo un examen sanguíneo. (Edición española del *The Journal A. M. A.*, 15 de Marzo de 1921)

TERAPEUTICA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. La tintura y la infusión de digital en terapéutica.

—Los Dres. Weiss y Hatcher han estudiado los efectos terapéuticos de estos dos preparados en los animales, y de sus estudios deducen las siguientes conclusiones:

1.ª Se preparó una tintura de digital, cuyo residuo se desecó y empleó para preparar una infusión; se comprobó esta infusión del residuo en el gato y resultó inerte, demostrando que todos los principios hipersolubles activos de la hoja se extraen durante la colación, para hacer la tintura.

2.ª Este método de comprobar el residuo proporcionó un medio delicado de comprobar el grado en que se extraen los principios hipersolubles activos durante la colación del medicamento.

3.ª No existe ninguna diferencia esencial en la cantidad de cuerpos saponínicos que existen en la tintura y en la infusión preparadas de cantidades iguales por peso de la hoja, y las dosis terapéuticas de digital no los contienen en cantidad suficiente para provocar ningún efecto desfavorable.

4.ª Se prepararon infusiones de digital de distintos mo-

dos. En todas ellas se lavó y desecó el residuo, después de lo cual se empleó para preparar la tintura y se comprobó esta tintura en el gato, á fin de determinar hasta qué punto se habían extraído los principios activos al preparar la infusión.

5.^a La infusión oficial no representa completamente el medicamento y de aquí que la normalización de la hoja no dé seguridad de uniformidad en la actividad de la infusión. La variabilidad de la infusión es á costa de los principios activos más absorbibles.

6.^a La infusión preparada, según el sencillo método aquí descrito, representa las actividades de la hoja completamente y de aquí que permita obtener uniformidad cuando se emplea un polvo normalizado al prepararla. Puede emplearse en vez de la tintura, en dosis diez veces mayores por volumen que las de la última, y en lo que se refiere á los efectos terapéuticos, no hay diferencia alguna entre ellas.

7.^a No hemos podido descubrir ninguna prueba experimental que apoye la opinión que todavía sostienen muchos de que existe forzosamente una diferencia cualitativa entre los efectos de la tintura y los de la infusión de digital, aunque se prepare la última adecuadamente.

8.^a Una infusión de digital preparada del modo indicado y guardada en frascos completamente llenos y herméticamente cerrados, más de dos años y cinco meses, retuvo por completo su actividad, como lo demuestran los resultados de las pruebas en el gato y los efectos terapéuticos en el hombre. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 15 de Marzo de 1921.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Sol artificial de altitud, por el Dr. F. Kautz.**—Entre los modernos métodos físicos de tratamiento médico ocupa el de la aplicación de los rayos ultravioletas el primer lugar. Aunque hasta ahora no se haya explicado todavía la manera de obrar de esta luz, los éxitos alcanzados con los rayos ultravioletas indican el tratamiento como el método de elección en muchos casos, y en otros como excelente auxiliar de otras medidas terapéuticas.

La aplicación para fines terapéuticos de los rayos ultravioletas se debe á Finsen y á las experiencias de los médicos suizos Bernhard de Samaden y Rollier de Leysin que llamaron grandemente la atención con los éxitos curativos obtenidos con el sol de las alturas en los casos de tuberculosis quirúrgica. Tratando de imitar esta terapéutica natural ha logrado la técnica alemana construir una lámpara que irradia rayos ultravioletas en mayor cantidad que los que contiene la luz solar de las alturas. El «Sol Artificial de Altitud» se produce por medio de una lámpara parecida á la de vapor de mercurio, y está fabricada con cuarzo fundido. Se parece á la lámpara de cuarzo del profesor Kromayer que ya antes de la guerra se empleaba en numerosas clínicas dermatológicas para el tratamiento de diversas enfermedades de la piel, principalmente del lupus. La técnica para manejarla se puede aprender fácilmente, y bajo control médico se puede permitir que la manejen empleados del personal sanitario. Cuando la dosis de radiación es exagerada aparecen las bien conocidas manifestaciones de dermatitis solar. Esto se puede evitar avanzando muy lentamente en el tiempo de radiación para cada sesión y adaptándose poco á poco á la tolerancia de la piel para la luz.

Entre las enfermedades para las cuales está indicada la radiación general con luz solar artificial es indudablemente la tuberculosis con sus diferentes formas, y principalmente la tuberculosis quirúrgica, la que más á propósito es para ser tratada con este método. Cuando el tratamiento se hace con-

tinuadamente durante meses, se obtiene, procediendo de manera estrictamente conservadora, éxito aun en casos muy graves. Cuando la enfermedad principia, desaparecen las manifestaciones tuberculosas en un tiempo sorprendentemente corto, sin dejar defectos cosméticos y funcionales. Además de la tuberculosis de los huesos, glándulas y articulaciones, también otras formas de tuberculosis quirúrgica, por ejemplo, peritonitis y tuberculosis de los genitales, reaccionan con frecuencia muy favorablemente y evitan muchas veces la intervención quirúrgica. Su aplicación está especialmente indicada en los casos de agotamiento y estados de debilidad, así como también en todas las enfermedades y modificaciones de la sangre, entre las cuales principalmente la clorosis y las anemias primarias ó secundarias ocupan el primer lugar. La disminución de la presión de la sangre, observada á menudo con la helioterapéutica artificial, indica lo adecuado de su aplicación en ciertos casos de enfermedades del corazón y de los riñones, en los cuales con mucha frecuencia hace desaparecer los ligeros estados de congestión. Experiencias con reumáticos y neurálgicos han dado á veces resultados sorprendentes. Naturalmente en estos casos es difícil saber hasta dónde alcanza el efecto puramente sugestivo, pues la causa de la enfermedad es con frecuencia una perturbación, de carácter funcional. Ultimamente se han obtenido éxitos brillantes en el tratamiento del raquitismo de los niños, hasta el punto de hacer innecesario el tratamiento medicinal con aceite de hígado de bacalao y fósforo.

Más extenso todavía es el campo de acción de la luz solar artificial en la dermatoterapia y cirugía. Especialmente merecen mencionarse en este sentido los grandes éxitos alcanzados en el tratamiento de las heridas, éxitos que han contribuido á la popularidad que durante la guerra obtuvo el «Sol Artificial de Altitud.»

También se debe mencionar que la luz solar artificial excita el crecimiento del pelo cuando éste se ha caído después de enfermedades infecciosas ó por otras causas, lo cual se ha visto claramente en las calvicies causadas por la gripe. Muchas enfermedades de la piel, dermatosis, erisipela, piodermia, etc., desaparecen en tiempo relativamente corto y con buen efecto cosmético, con el tratamiento de luz solar artificial.

En cuanto al efecto biológico de los rayos ultravioletas se puede considerar como cierto que á causa de la hiperemia provocada en el campo de irradiación la circulación en general se activa de tal modo que influye favorablemente en los procesos del intercambio nutritivo. Además aumenta también la leucocitosis, y por lo tanto las fuerzas defensivas del organismo contra las infecciones. Las observaciones hechas hasta ahora no permiten de ninguna manera suponer que los rayos ultravioletas ejerzan influencia alguna directa en la profundidad de los tejidos. Al contrario, las más recientes investigaciones autorizan á suponer que es la piel misma el órgano principal para la formación de las sustancias inmunizantes, y que la irradiación excita y aumenta la actividad inmunizadora de la piel. La sangre se carga en la periferia de energía luminosa que recibe de fuera, y puede así contribuir á que el organismo debilitado por la enfermedad se defienda con más vigor contra la infección, pero la manera de realizarse en el cuerpo la transformación de energía está todavía obscura.—(*Revista Médica de Hamburgo*, 1920, número 9.)

APARATO RESPIRATORIO

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Valor práctico del examen citológico y químico de los esputos para el diagnóstico del asma y de los esta-**

dos asmátiformes, por F. Bezançon y S. I. de Jong.—El examen citológico tiene para el diagnóstico del asma un valor casi tan grande, como el de la investigación del bacilo de Koch para el diagnóstico de la tuberculosis. Sabido es que en los esputos de los asmáticos se encuentran numerosos eosinófilos y esta eosinofilia tiene un valor casi absoluto para el diagnóstico del asma. La técnica es sencilla: coloración con hemateína-eosina, previa fijación al alcohol éter, ó al alcohol metílico. La coloración con azul polícromo con fijación en alcohol, es necesaria para la investigación del exudado seroalbuminoso. Microscópicamente se observan sobre el fondo de moco hialino, dos elementos celulares; uno que se encuentra en los esputos perlados y falta en los mucopurulentos, es la célula bronquial, no degenerada, sino con todos sus caracteres típicos; el otro elemento, más importante todavía, es la célula eosinófila, la cual se presenta en los esputos ó bien con el aspecto clásico de los eosinófilos de la sangre, ó mucho más frecuentemente todavía con un solo núcleo y parecen un mielocito eosinófilo, ó un linfocito cargado de granulaciones eosinófilas. Los autores no conceden ninguna importancia á los cristales de Charcot-Leyden, que se encuentran excepcionalmente; las espirales de Curschmann son aspectos macroscópicos que tampoco tienen gran valor. Desde el punto de vista químico, los esputos de los asmáticos verdaderos no tienen albúmina. En las formas larvadas de asma, tan difíciles de conocer, la eosinofilia establecerá el diagnóstico. En ciertos tuberculosos disneicos la presencia de eosinófilos en los esputos permite relacionar al asma la disnea que no explican ni la extensión, ni la gravedad de las lesiones; por una parte, la disnea no es un síntoma habitual de la tuberculosis pulmonar banal, y por otra, centenares de exámenes han demostrado á los autores que no se encuentran eosinófilos en los esputos de los tuberculosos no asmáticos. En los esclerosos pulmonares con bronquitis crónica y enfisema, que tienen crisis de disnea debidas á brotes bronquíticos, ó más bien á brotes congestivos bronquioalveolares, no se encuentran tampoco eosinófilos, si el asma no es la causa verdadera. Pero sobre todo en los individuos de más de cincuenta años, que presentan crisis disneicas nocturnas de carácter asmático, es donde el examen de los esputos tiene un alto valor semeiológico; de estos enfermos, unos son asmáticos verdaderos y tienen eosinofilia en los esputos; otros son cardiorrenales. Generalmente, no se confunde el edema agudo del pulmón y el esputo perlado de los asmáticos, pero en los enfermos de cierta edad, el asma toma á menudo la forma húmeda de los autores antiguos; en el edema agudo del pulmón, el fenómeno principal es la presencia en el esputo de albúmina en abundancia; el examen microscópico muestra numerosas gotas espesas de exudado seroalbuminoso; en cambio, no se ven más que raras células pulmonares intactas y ninguna eosinófila. En los esputos abundantes de los asmáticos «húmedos», falta la albúmina, pero existen eosinófilos. En los catarros pituitosos de los esclerosos pulmonares con bronquitis crónica, que comienzan á ser cardiorrenales, se encuentra moco en abundancia, pocos elementos celulares y una cantidad mínima de albúmina. (*Bull. de l'Acad. de Medicine*, núm. 38, 30 de Noviembre de 1920.)—LUENGO.

PARASITOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. El *Lambliá intestinalis* en España, por el Dr. Sadi de Buen.—Analizando unas heces, encontró De Buen parásitos identificables con el *Lambliá intestinalis*. Es interesante el hallazgo, porque además de ser el primero publica-

do en nuestro país, indica la conveniencia (como hace notar el autor) de tener siempre presente la posibilidad de que existan parásitos intestinales en diversas afecciones del tubo digestivo y, especialmente, como es lógico suponer, del tramo intestinal; el análisis parasitológico de las heces, que actualmente en España se lleva á cabo tan sólo en contadas ocasiones, debe practicarse, por lo tanto, con mucha más frecuencia, y, probablemente, los hallazgos de la naturaleza del que sirve de base al trabajo de De Buen, se multiplicarían bastante. En poco tiempo han sido tres los casos de *Lambliosis* observados por el autor, cuyas historias clínicas publica. La *Lambliosis* se define como una dolencia intestinal crónica caracterizada principalmente por una diarrea de larga duración con fases de remisión y de recrudescencia, no acompañada, generalmente, de grandes molestias subjetivas. Cuando lleva largo tiempo puede modificar el estado general del enfermo, presentándose un enflaquecimiento acompañado de palidez, pérdida de fuerzas y raras veces fiebre. Uno de los caracteres más importantes de la enfermedad es su resistencia á los medios terapéuticos comunes. El parásito productor que da nombre á la enfermedad, el *Lambliá intestinalis*, es un organismo piriforme, que tiene en la parte anterior ancha una depresión bien pronunciada (*peristoma*), y la parte opuesta termina en punta. En el fondo de la depresión existen dos masas nucleares gruesas por delante y muy cerca de las cuales hay dos quinetonúcleos, y de cada uno parte un flagelo que, cruzándose con el otro, circunda la parte lateral opuesta del cuerpo y se separa de él hacia la mitad. En la parte media central del cuerpo toman origen otros dos pares de flagelos, y de la posterior otro par; todos ellos, que suman ocho, se dirigen hacia atrás. Los quistes del parásito son ovales, y cuando son jóvenes pueden verse flagelos en su interior; en fresco son difíciles de diagnosticar; una vez coloreados se distinguen mejor por contener de dos á cuatro núcleos situados en uno de los polos. La infección puede verificarse por los quistes contenidos en un medio contaminado por las heces ó por medio de las ratas, animales que albergan con relativa frecuencia en su intestino especies de *Lambliá*, probablemente idénticas á la *Lambliá intestinalis* del hombre. El trabajo de De Buen es, además, un trabajo de experimentación; ha infectado ratones blancos, alimentándolos con pan empapado en las heces del enfermo, y en dos cobayas introdujo por medio de una sonda heces parasitadas. Así ha podido estudiar las lesiones anatomopatológicas de la *Lambliosis*. En cuanto al tratamiento de esta afección es muy poco eficaz, y la penetración profunda de los parásitos puede explicarnos las dificultades terapéuticas. Se han empleado, en general, con éxito dudoso, el régimen corriente de las afecciones intestinales, la creta preparada á altas dosis, las leches agrias (Brumpt), fermentos lácticos, ácido clorhídrico, neosalvarsán por boca y en inyección intravenosa, ipecacuana, clorhidrato de emetina, calomelanos, etc. Finalmente, como complemento á este importante trabajo publica el autor una lámina original, magistralmente hecha, tanto en lo que se refiere al dibujo como á la impresión. También cita el autor la bibliografía completa del asunto. (*Laboratorio*, año V, núm. 47, Marzo de 1921.)—LUENGO.

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Los oxiuros y el estado general, por el Dr. G. Sardoú.—Los oxiuros resisten al tratamiento más que los otros gusanos intestinales, probablemente por razón de su mayor número y de su tamaño mucho menor. Por ser más numerosos y por escapar más fácilmente á las sustancias extrañas dirigidas contra ellos, dependen más de los medios natura-

les de defensa del sujeto que los hospeda. Estudiando estos enfermos tan fácil y tan obstinadamente parasitados, se descubren diversas particularidades, á las cuales se ha llegado á conceder un papel favorecedor. La mayor parte presentan defectos digestivos, dominando unas veces la hipopepsia y otras la hiperpepsia. Al mismo tiempo existe insuficiencia hepática; se encuentran á menudo vientres abultados y tensos, ó por el contrario, blandos, ptósicos con trastornos de la contractilidad y anomalías diversas del tránsito y de la evacuación intestinales. Sin duda, estas diversas combinaciones de las anomalías digestivas conducen á una fórmula particular de insuficiencia de las glándulas, de los fermentos, etc., del tramo intestinal. Así resulta constituido, por vías numerosas, el medio sin defensa, contra los huevos introducidos desde el exterior, ó nacidos en el intestino y contra la pululación que de ello resulta. Los trastornos de los otros aparatos de la economía repercuten menos frecuentemente sobre la abundancia de los gusanos, raramente los estados agudos, más á menudo los estados crónicos. Especialmente las astenias influyen mucho y en estas circunstancias sucede que la administración repetida de los vermífugos más enérgicos, después de haber producido la evacuación sucesiva de masas de parásitos, ocasiona más fácilmente molestias digestivas que la supresión de la infestación. Por lo tanto, cuando se haya obtenido la mejoría del estado general defectuoso, es cuando los parásitos disminuirán, algunas veces hasta espontáneamente y hasta pueden llegar á desaparecer. Por otra parte, es raro que la desaparición sea definitiva. Muchos sujetos infestados en su infancia y curados en apariencia, no lo están más que relativamente. Habiendo logrado una mayor resistencia no se prestan ya á multiplicaciones excesivas, pero las circunstancias que debiliten su resistencia global, permiten retornos discretos, pero positivos, de su antigua enfermedad, aunque entonces son mucho más fáciles de curar con algunas dosis pequeñas de calomelanos. —(*Journal des Praticiens*, núm. 51, 18 de Diciembre de 1920). —LUENGO.

BIOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **El análisis gástrico —Principios fundamentales.**— Los Dres. Martín E. Rehefuss y Philip B. Hawk, hacen un estudio de las condiciones que debe llenar un buen análisis gástrico y establecen las siguientes conclusiones:

1.^a El análisis gástrico tiene por objeto preciso la determinación de la función gástrica y la distinción de las alteraciones de esta función, así como de los productos patológicos que puedan existir.

2.^a La muestra obtenida representa un total de todos los factores secretorios, motores y patológicos, cada uno de los cuales puede analizarse.

3.^a La enfermedad altera el funcionamiento gástrico, ya el secretorio ó el motor ó ambos, y puede revelarse por la adición de sus propios productos (pus, sangre, moco, etc.).

4.^a El análisis gástrico no revela las alteraciones de la forma, posición, contorno y movilidad del estómago. La determinación de estos factores le corresponde á los rayos X. Si revela estados que alteran la labor gástrica, es decir, su función motriz y secretoria. Es precisamente sobre este principio que descansa el valor del análisis gástrico.

5.^a Por consiguiente, el análisis gástrico tiene tres funciones importantes: (a) la determinación del período de evacuación y actividad motriz; (b) la determinación de la actividad y labor secretoria, y (c) la existencia de productos patológicos que ofrezcan la clave del tipo de la enfermedad que existe.

6.^a Es absolutamente indispensable que comencemos nuestra tarea con un concepto claro de la labor gástrica normal, ó de la reacción del estómago normal á la digestión, antes de que comencemos á formular principios sobre la interpretación de las variaciones patológicas.

7.^a Se han presentado datos que indican las variaciones marcadas en la evacuación en la salud y lo mismo es cierto de las variaciones secretorias. Nuestros estudios han puesto de relieve la importancia menor de la hiperacidez y la importancia mayor de la hipoacidez en la enfermedad.

8.^a Es absolutamente indispensable normalizar las comidas de prueba para comprender é interpretar bien las variaciones en la salud y la enfermedad. Las comidas de prueba complejas carecen en absoluto de valor y sólo sirven para crear más confusión en un asunto que de por sí ya es suficientemente complejo.

9.^a Es indispensable que comprendamos la secuencia normal de las fases digestivas é interdigestivas ó de descanso, á fin de que distingamos las variaciones que ocurren en la enfermedad. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 15 de Marzo de 1921.)

PSIQUIATRÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Trastorno mental transitorio en una niña de cuatro años.**—El Dr. Mauricio Helmann refiere el siguiente caso: Trátase de una criatura de cuatro años de edad, sexo femenino, nacida á término, en parto normal; alimentada á pecho por la madre hasta los catorce meses; nunca ha estado enferma, no es nerviosa, no es constipada y nunca ha sufrido desarreglos intestinales.

Sus padres, sanos, no son consanguíneos, no hay antecedentes alcohólicos ni venéreos, no hay enfermos mentales ó nerviosos en sus ascendientes, colaterales ó descendientes. La madre no tuvo abortos; tiene dos hijos sanos.

Sobre la enfermedad de la niña, manifiesta la madre que á las veinte la acostó á dormir, estando entonces perfectamente bien de salud, y á las veinticuatro despertó gritando; saltaba en la cama como una desviada mental; se tiraba de la cama al suelo, y á no ser contenida hubiese podido fracturarse el cráneo.

Se detenía un momento de pie y mirando sobre la pared, mostraba sobre ella unos bichos grandes, que á gritos pedía los matasen (en la pared no había tales bichos). Rechazaba el abrazo de los padres y los miraba con expresión de horrorizada.

Preguntaba á la madre sobre cosas y hechos nunca habidos ni ocurridos; decía sentir ruidos y volvía á sus saltos desordenados. Locuaz en extremo, una verbosidad incomprensible é incontinente.

No había dormido toda la noche, siempre en su confusión.

En el examen general que le efectué con toda la minuciosidad posible, no hallé un solo síntoma digno de mención: los aparatos respiratorio, circulatorio, digestivo, nervioso, etcétera, hallábanse en estado normal.

No presentaba rastros de traumatismo craneano ni en el cuerpo; temperatura normal; había movido el vientre el día anterior, lo mismo orinado; sólo comió alimentos livianos.

Al día siguiente su desviación mental persistía, pero atenuada; al verme —no me conocía— me preguntó «si el tío Juan ya había venido de la peluquería»; la madre me dice que no existe tal tío Juan, ni peluquería. Su locuacidad continuaba.

Receté un purgante, dieta láctea, baños tibios y medicación bromurada clorálica.

A las trece de ese día, la enfermita quedó sumida en un profundo sueño que, con pequeña interrupción, duró hasta las seis del día siguiente.

Tan prolongado sueño alarmó á los padres, pero previó en ello, si no un restablecimiento, una gran mejoría, ya que en los alienados en proceso agudo, la realización de un sueño prolongado es un síntoma de buen augurio.

Efectivamente, al despertar la niña, la tempestad en ella había pasado sin dejar un rastro: tranquila, cariñosa con sus padres, solicitó el desayuno y pidió sus muñecos.

Desde hace varios días la niña continúa en un estado mental perfecto. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 3 de Marzo de 1921.)

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Ruptura neumática del intestino.**—El Dr. J. A. Buchbinder comunica el siguiente interesante caso:

Historia.—F. T. fué admitido en el Wesley Memorial Hospital, el 13 de Octubre de 1920, á las cinco próximamente, con historia de que dos horas antes, poco después de tomar el lunch, otro obrero le había colocado la punta de un tubo de aire cerca del recto, estando en cuclillas. Esto lo había hecho como una broma, como sucede en casi todos los demás accidentes de esta causa que se han comunicado. La punta tenía un diámetro interior de $1\frac{1}{4}$ de pulgada (3,1 centímetros) y daba una presión de 85 libras (38,59 kilogramos). El individuo sintió mucho dolor y cayó inmediatamente en el pavimento, en colapso.

Exploración.—Cuando ingresó en el departamento, el aspecto general del paciente era de shock profundo. Tenía la cara ligeramente cianótica, apenas se notaban los esfuerzos respiratorios. Al colocársele en el lecho y desde entonces hasta que se le llevó á la sala de operaciones, tuvo espasmos clónicos violentos que abarcaron todos los músculos del tronco.

Los ruidos cardíacos se escuchaban con gran dificultad. Había enfisema subcutáneo en el tórax. El abdomen estaba exageradamente distendido, pero esta distensión difería mucho de la que se ve por lo común en la peritonitis. La tensión en el abdomen era tan grande, que la palpación manual no ejercía ningún efecto. No sólo estaba rígido, sino que excesivamente duro. La piel del abdomen, escroto, pene y periné estaba enfisematosa.

La historia y el aspecto del abdomen permitieron hacer el diagnóstico. Sin embargo, el estado del individuo era tan crítico que se dudó que sobreviviera á la indispensable preparación preoperatoria. Aumentaron las convulsiones en la intensidad y se hizo más profunda la cianosis. Se le llevó á la sala de operaciones en estado casi moribundo, después que se había aplicado la sonda rectal sin que disminuyera la tensión.

Operación y resultado.—Bajo anestesia procáinica, se hizo una incisión en el recto izquierdo. No se seccionó la fascia transversal, pero se introdujeron unas pinzas puntiagudas á través de ella, con objeto de permitir el escape del aire. La fascia se desgarró inmediatamente como un papel húmedo, bajo la gran tensión; el aire salió rápidamente y la pared abdominal se colapsó. La salida repentina del aire casi produjo la muerte, pero después de algunos segundos, el paciente descansó, y se consideró que había mejorado mucho en su estado general.

La exploración reveló una desgarradura en la convexidad de la S ilíaca, en la cual se pudieron introducir tres dedos.

Por una distancia de 6 á 8 pulgadas (15 á 20 centímetros), se había desgarrado la serosa. El colon estaba colapsado y casi vacío. La mucosa hacía hernia á través de la desgarradura de la serosa, y estaba desprendida, como si se la hubiese raspado. El mesosigmoide estaba lleno de pequeñas hemorragias; pero había muy poca sangre y no había materias fecales sueltas en el peritoneo. No se pudo descubrir otra lesión.

Se suturó el desgarro de la S ilíaca, así como el peritoneo, lo mejor que se pudo sobre lo que había quedado. Se extrajo un asa del colon descendente bastante arriba de la lesión, para practicar la colostomía. Se puso en cama al paciente, tratándosele por shock, pero murió sin haberse repuesto de él, cuatro horas después.

Necropsia.—La practicó el Dr. J. P. Simonds. Reveló varios hechos adicionales. No había lesión en el ano ni en el recto, quizás debido al apoyo de la pelvis. El colon desde la S ilíaca hasta la flexura esplénica, se había gangrenado por completo, probablemente á causa de la destrucción de su riego sanguíneo, por la tensión del aire. El resto del tubo intestinal no revelaba lesiones. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 15 de Marzo de 1921.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **La sutura de los nervios. Sus resultados según las enseñanzas de la guerra, por René Dumas.**—Después de exponer las diversas fases por donde ha pasado el tratamiento de las lesiones traumáticas de los nervios y después de recordar, principalmente, los trabajos más importantes sobre este asunto, llevados á cabo en la pasada guerra, el autor termina diciendo que la sección completa de un nervio es una lesión grave para su función, aumentando todavía esta gravedad cuando existe una gran pérdida de substancia que hace difícil ó imposible el poner en contacto los dos segmentos; la sutura de un nervio es una operación de urgencia que debe ser practicada inmediatamente; esta sutura precoz aumenta claramente las probabilidades de restauración, pero como la sutura practicada en tejidos infectados está, en general, condenada al fracaso (esfuerzo de los extremos reunidos con tensión, infección de los hilos de sutura, esclerosis interfascicular que ahoga á los cilindros ejes jóvenes), la práctica de las suturas primitivas de las heridas de guerra y de la vida civil (accidentes del trabajo), después de escisión de las partes mortificadas, tiene en dichos casos una indicación todavía más formal. Los resultados están muy lejos de ser tan favorables como indican los clásicos. La restauración completa no se obtiene casi más que en el 30 por 100 de los casos, por término medio. En los buenos casos (intervención inmediata, herida que evoluciona sin infección, pérdida de substancia del nervio despreciable), este tanto por ciento puede ser más elevado; en cambio, en los casos malos (sutura tardía, herida supurada, necesidad de practicar un injerto nervioso), los resultados son más mediocres todavía. El nervio radial es, con mucho, el que tiene un poder de restauración más enérgico, siguiéndole el ciático externo. El ciático interno, y sobre todo el mediano, son desesperadamente rebeldes. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 93, 2 y 4 de Noviembre de 1920).—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.

Asuntos vitales. — Lección práctica provechosa.

Mucho y natural revuelo producen en nuestra clase, como en otras varias profesiones liberales, los nuevos impuestos votados por las Cortes anteriores y planteado por el actual Gobierno. Se han concentrado principalmente las manifestaciones de protesta y desagrado en la actitud del Colegio de Médicos de Avila, al que el delegado de la misma provincia exige el 50 por 100 de recargo en las patentes no adquiridas, además (claro está) del mismo pagado por los médicos que han adquirido la suya conforme a la legalidad establecida. En el último caso, nadie puede oponer reparo; pero en el primero sí, pues los conciertos celebrados por la Administración y los Colegios no pueden obligar a éstos a sufragar mayores cantidades que las concertadas, cuando la ley votada por las Cortes lo que determina es que individualmente se imponga el recargo; pero es muy dudoso que sea legal, y desde luego no es equitativo el que este recargo afecte a conciertos anteriores taxativamente fijados.

El senador y médico Sr. Fatás hizo en uno de los últimos días una interpelación al señor ministro de Hacienda, acerca de este punto interesante, y el ministro contestó en términos de avenencia, que no consienten que todavía se adopten actitudes airadas en asunto tan delicado.

También el presidente de la Federación de Colegios Médicos de España Sr. Sanchis Bergón se ha dirigido, en nombre de sus representados, al Gobierno, llamando la atención acerca de la injusticia que pudiera resultar de la aplicación inconsiderada del mal interpretado precepto legal.

Aconsejamos á todos calma y mesura, pues ni nadie puede tener interés en atropellarnos, ni carecemos nosotros de medios para no dejarnos atropellar.

Lección práctica y bien provechosa de lo que puede obtenerse por un espíritu bien entendido de solidaridad y de unión, pudieran haber sacado los que asistieran á la reunión celebrada el 18 del actual por el Patronato del Colegio del Príncipe de Asturias para Huérfanos de Médicos. Todos nuestros lectores siguen, seguramente, con el merecido

interés el desarrollo próspero de esta institución; pero lo que muy pocos podían pronosticar es que llegase ella al punto de prosperidad en que hoy se encuentra, al través de las frialdades, de los obstáculos y de las acechanzas de que ha sido objeto. Sobre todas estas cosas, fácil es de vencer y aun de aplastar, había una que ponía justo temor en el ánimo de las gentes experimentadas: *la desconfianza y el escepticismo de los médicos*. Desconfianza y escepticismo que estaban en cierto modo justificados por fracasos anteriores de tentativas generosas, pero poco perseverantes, de otras instituciones de previsión; lo estaban también por la forma sospechosa en que aquéllas habían querido plantearse, dándoles el matiz de estar encaminadas al provecho material de sus propios iniciadores. Tal fué la historia de ciertos montepíos de que no hay para qué hablar.

Veamos en qué consiste la lección: el Colegio de Huérfanos de Médicos, cuya iniciativa partió del Sr. Pando y Valle, en el año de 1912, y cuya primer idea aparece como preceptiva en la Instrucción general de Sanidad y en el Reglamento del Cuerpo de Médicos titulares, recibe un impulso de creación, debido, no importa á quién, en 1917, y de entonces acá, es decir, en cuatro años, marcha al través de desconfianzas, frialdades, oposiciones manifiestas y acechanzas aviesas, hasta llegar á los tres años del decreto de su creación á estar instalado, en local propio, manteniendo y educando á 100 alumnos, representando un triunfo, en el sentido sanitario, porque todos están sanos y fuertes, á pesar de la edad de la vida en que se encuentran, sin haber tenido una sola defunción ni haber penetrado en el Colegio ninguna epidemia infantil de las que en Madrid se han registrado; en el sentido pedagógico, porque en el año actual ingresarán 17 niños y cuatro niñas en la segunda enseñanza, y se examinarán de primero y segundo año, juntamente, tres niños y dos niñas, y de primer año, nueve niños y cuatro niñas, ingresando de éstas en la Escuela de Comercio ocho niñas que también se examinarán del primer año, y tres niñas solamente para el ingreso. En cuanto al éxito económico, baste con decir que, habiéndose concertado con el antiguo propietario del local el pago del mismo en tres anualidades, se acordó por el Patronato efectuar juntamente el de las segunda

y la tercera, para ahorrar los intereses correspondientes.

Ahora bien, ¿á qué se debe este éxito, señores médicos? Pues, dejando aparte lo que es debido á la gestión, dirección, profesorado é irremplazable tesorería, el verdadero espíritu vencedor ha sido el del espíritu de unión, de caridad y de compañerismo. Es decir, que poniendo en alto el pensamiento y procediendo como debemos proceder, hemos conseguido en un punto concreto lo que nos proponíamos. Nuestra será la culpa si no perfeccionamos esta obra y si no conseguimos lo que tenemos derecho á pretender.

DECIO CARLAN.

LA REFORMA DE LOS MANICOMIOS ESPAÑOLES

POR EL

DR. ANTONIO FERNÁNDEZ-VICTORIO

Director del Manicomio de varones de Ciempozuelos (Madrid), académico corresponsal de la Real Academia de Medicina.

En asuntos de tanta importancia como el que sirve de tema a las presentes líneas y que ha ocupado la atención de la Real Academia Nacional de Medicina y después algunas páginas de EL SIGLO MÉDICO, no podía permanecer callado quien, como el que escribe estas líneas, asume actualmente la dirección de uno de los frenocomios más importantes de España.

Los cuidados de los enfermos de la mente han sido siempre objeto de honda preocupación general y muy especialmente por parte de los médicos especializados en dicha clase de dolencias. No así, y por desgracia, por lo que respecta á los Poderes públicos que reducen toda su actuación en tan grave asunto á confiar á las Diputaciones el aislamiento de los enfermos en manicomios no siempre bien acondicionados, satisfaciendo un estipendio á todas luces miserable é insuficiente, por lo tanto, para proporcionar al pobre desvalido mental los cuidados que necesita, aun en el caso poco frecuente de que cumplan tan sagradas obligaciones.

Es una luminosa idea la de formar un cuerpo de alienistas oficiales, dependientes del Estado, ó lo que parece desde luego más práctico y factible, constituirlo con los que actualmente forman el cuerpo facultativo de los manicomios, señalándoles deberes, pero á la vez derechos que garanticen su estabilidad y su porvenir y utilizando su experiencia y sus actividades para el servicio del Estado. Dicho organismo por la delicada índole de su misión no puede improvisarse, está creado ya y hay que darle carácter oficial. Pero debe comenzarse por la modificación escrupulosa de cuanto hay legislado en materia de dementes, que adolece de grandes defectos y de no pocas omisiones; la ley que faculta, verbo y gracia, á los jueces para formar diagnósticos mentales y proceder en consecuencia ordenando salidas ó altas con grave perjuicio de los enfermos y de la Sociedad, ó para

decretar la no procedencia de incapacitaciones en casos que la ciencia señala como incurables y peligrosos, es una ley desatinada que debe derogarse. Las disposiciones que regulan el ingreso y permanencia de los alienados en los manicomios, son absurdas y no pueden subsistir en la forma en que están promulgadas. Y lo mismo otras que no pueden ser citadas tan á vuela pluma.

Por lo demás, y en lo que atañe al régimen interior de los manicomios, mucho puede y debe hacerse aún para proporcionar al alienado las debidas condiciones de aislamiento, habida cuenta de que la permanencia en ellos de dichos enfermos suele ser larga y, sobre toda otra razón, por la de que poseemos en la higiene y la bromatología las mejores armas con que combatir sus dolencias. Mas conste de un modo categórico, que las medidas coercitivas á que se alude en el notable trabajo del Dr. Fernández Sanz, no rezan con los frenocomios actuales en donde la coerción, tan necesaria en ciertas formas de enajenación mental, está representada en ellos por una cuidadosa vigilancia y por los medios terapéuticos preconizados para tales casos. Hoy no se usan ya los medios coercitivos y han desaparecido, por fortuna también, las habitaciones ó cuartos fuertes, las rejas y los patios cerrados. La libertad dentro de límites muy amplios, el régimen de puerta abierta, en fin, que ha inmortalizado el gran Pinel es una medida tan humana, que no es creíble que aún haya manicomios donde se sujete y se encarcele á los pobres locos.

Igual aplauso debe tributarse al Dr. Fernández Sanz al encomiar, como lo hace, la necesidad de dotar á los frenocomios de un cuerpo de enfermeros especializados. De los cuidados que presten con la debida idoneidad, dependerá siempre el bienestar del enfermo y la eficacia de los medios terapéuticos puestos en práctica. Tan útil reforma debe ser inmediatamente aceptada y no pasará mucho tiempo sin que en Ciempozuelos tenga realidad.

Cumplido el principal objeto de estas líneas, que es poner de relieve y á grandes rasgos lo que debe hacerse para mejorar las condiciones de los manicomios, permítasenos exponer en muy pocas palabras, la organización actual del de Ciempozuelos como respuesta á cuanto ha sido objeto de las atinadas consideraciones del Dr. Fernández Sanz.

El Manicomio de Ciempozuelos ocupa una gran extensión de más de 40 hectáreas de terreno en suave declive, en las proximidades de la vega del Jarama, hallándose constituido por 16 amplios pabellones, en su mayoría de construcción moderna y dotados de todos los adelantos que exige la higiene, pudiendo decirse de ellos, en honor á la realidad, que los mejores, más modernos y lujosos están ocupados por los enfermos pobres á cargo de diversas Diputaciones. Su emplazamiento y demás condiciones de higienización son tales, que sólo se observa un exiguo tanto por ciento de morbosidad en lo que se refiere á enfermedades comunes, y son excepcionales y aislados los casos de procesos infecciosos, habiéndose registrado en el año ante-

rior una mortalidad tan escasa que sólo alcanzó la cifra de 53 defunciones en una población nosocomial de cerca de mil enfermos. La disposición de los pabellones, separados entre sí por grandes espacios de terreno con arbolado y rodeados de huerta y extensos jardines permiten al enfermo pasar las horas del día fuera de los dormitorios y hacer vida al aire libre. Si á esto se añade que la alimentación nutritiva y cuidadosamente reglamentada es sana, variada y abundante y que dentro de los locales destinados á dormitorios dispone cada asilado de mayor número de metros cúbicos de aire que los que la higiene asigna como necesarios, se tendrá explicada la razón de las reducidas cifras de enfermos somáticos y de mortalidad antes mencionadas.

El personal facultativo está formado por cinco médicos, dos de ellos de servicio permanente, que pasan dos visitas diarias á todas las dependencias. El personal de plana menor lo constituye unos 170 entre Hermanos y criados, todos ellos, y muy especialmente los primeros, con la idoneidad necesaria para el cuidado de los enfermos mentales, y un buen número de especializados además en la misión propia del practicante, á cuyo efecto reciben la debida instrucción técnica, teórica y práctica que se halla á cargo del médico interno del establecimiento.

No carece ciertamente el frenocomio de Ciempozuelos de ninguna de las condiciones de bienestar ni de los medios de curación que la moderna ciencia psiquiátrica preconiza. Electricidad médica, baños y ca-

lefacción en todos los pabellones, laboratorio de análisis clínicos y de investigaciones anatomopatológicas montado con arreglo á los últimos adelantos, enfermerías para pobres y para pensionistas, amplias y aisladas, quirófano con el instrumental y los elementos de asepsia necesarios, salas de curación, departamento de clinoterapia debidamente separado y con personal, y demás elementos de asistencia adecuados, talleres, granja agrícola, lavaderos mecánicos, etc., etc.

Aparte de todo ello se atiende, como es de rigor, al tratamiento moral del enfermo proporcionándole cuantos medios de solaz y de distracción son compatibles con su estado mental, como paseos debidamente reglamentados, juegos de sport y de salón, funciones de teatro, etc., etc.

Muy en breve, por último, se emprenderán diversas obras, entre ellas la construcción de otro gran edificio destinado á los enfermos de nuevo ingreso, desde el cual, y una vez observados y clasificados, sean distribuidos convenientemente.

Tal es á grandes rasgos expuesta la organización del frenocomio de Ciempozuelos, por cuyas condiciones y excelente funcionamiento nada tiene que envidiar, como se deduce de cuanto queda consignado, á los mejores de España y del extranjero, dicho sea en estricta justicia á la hermosa labor realizada por los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios, así como por los directores y demás personal facultativo que han precedido en su actuación al que escribe las presentes líneas.

EL TRIUNFO JURÍDICO DE LOS TITULARES⁽¹⁾

SENTENCIA

2. Porque la Sala al reputar prescrita la acción ejercitada por el recurrente apoyándose en el art. 11 de la ley de 1904, entiende que el recurrente pudo plantear su acción, cuando más tarde dentro del mes siguiente en el que dejó de percibir sus haberes, de manera que como dejó de cobrar el mes de Julio de 1914, su acción debió nacer en Agosto inmediato, y por consiguiente, respecto á los demás meses dejados de cobrar con lo que el plazo legal estaba varias veces extinguido, cuando en 1919 planteó el recurrente su demanda; cuyo razonamiento contiene los tres siguientes errores legales: A) Porque aunque la sentencia cita todo el art. 11 de la ley, se distrae en cuanto á su segunda parte que dice: «cuando la acción dimanare de omisión el año se contará desde el vencimiento ó del plazo legal para el acto mismo», y aunque el plazo legal para que un Ayuntamiento pague al médico sus haberes es ciertamente el fijado en el contrato ó en el Reglamento de la beneficencia ó en los presupuestos municipales, si llegado ese momento el Ayuntamiento no paga, el término para reclamar no sería el de un mes, como caprichosamente supone la Sala, á la que no le es permitido fijar ad-libitum esa barrera, sino que el plazo está determinado

en el art. 1.967 del Código civil, que la Sala ha infringido por inaplicación, y que fija en tres años la prescripción para que los profesionales de todas clases reclamen sus honorarios y estipendios por el ejercicio de sus profesiones, no empezando á contarse ese término sino desde el momento en que dejaron de prestar sus servicios; de donde se desprende que el plazo para el ejercicio de la acción del recurrente no sólo no ha transcurrido, sino que ni siquiera ha empezado á correr puesto que no ha dejado de prestar sus servicios al Ayuntamiento de Algeciras; apareciendo en este caso más claro que en ningún otro la razón del precepto porque no se puede exigir del médico dependiente de un Ayuntamiento que trate á éste con el intransigente rigor que supone llevarle á los Tribunales en cuanto pasen treinta días después de haber devengado, y no percibido el sueldo, pues si cualquier médico guardaría superior cortesía á su cliente, no puede pedirse mayor severidad á quien tiene su libertad aminorada por ser dependiente ó empleado del deudor; siendo indudable que con la teoría de la Sala se haría á los médicos municipales de peor condición que á los demás, ya que un médico particular tiene tres años para reclamar y este plazo sólo empieza á correr desde que deje de ser médico de la casa, y en cambio, según la Audiencia de Sevilla, los médicos

(1) Véase el número anterior.

municipales no pueden aguardar á dejar sus destinos para que les corre el término de prescripción, y por si esto fuera poco, sólo se les reconoce un año para reclamar; y aun prescindiendo de que cabría interpretar el citado art. 11 en el sentido de que los médicos tendrían un año para ejercitar su acción contra el alcalde, después del vencimiento del plazo legal, para el acto omiso, ó sea después de los tres años que todos los médicos tienen para reclamar, bastará decir que una ley que ha querido dotar á los ciudadanos de garantías especiales, no podía quitarles las generales que les están reconocidas en las leyes comunes, y que si el médico tiene tres años para reclamar á un cliente, podrá tener uno más, pero de ninguna manera dos menos, cuando el deudor es un funcionario público, civilmente responsable por haber dado al olvido sus intereses. B) Porque también ha infringido la Sala el art. 1.793 del Código civil; pues probado está que el recurrente reclamó lo que se le debía en Abril de 1917, y en otras fechas posteriores, en instancias al alcalde y al gobernador, instancias que hay que tener en cuenta como interruptoras del plazo prescriptivo caso de estimarse que había empezado á correr alguno, lo cual es inadmisibile por las razones anteriormente; y C) Porque aun dentro de la doctrina de la prescripción tan inoportuna é injustamente invocada, se encontró la Sala con que había derechos de reconocimiento de quintos devengados por el recurrente en 1919, ó sea en el mismo año en que formuló la demanda y aunque pocas pesetas significaría esto, no había en cuanto á ellas prescripción posible, y para salvar el escollo la Sala declara que no puede conceder el resarcimiento de tales derechos porque habían sido pedidas, en globo, con los de otros años, y no había base para determinar su cuantía, olvidando el precepto del art. 923 de la ley procesal, que regula el modo de ejecutar las sentencias que condenan el pago de una cantidad ilíquida y, por lo tanto, la cosa se reducía á un problema propio de la ejecución de sentencia y al no reconocerlo la Sala, infringe el citado artículo de la ley rituarial y el 1.156 siguientes y concordantes del Código civil, que señalan el pago como la manera primordial de extinción de las obligaciones. Y 3.º que la Sala declara para excluir de responsabilidad al contador, que éste cumplió el art. 156 de la ley Municipal y las Reales órdenes pertinentes al caso, puesto que el vencimiento de las mensualidades adeudadas al actor, siempre existieron en caja fondos más que suficientes para pagarlos, y si dejó de hacerse, sería por culpa del alcalde, á quien incumbe la ordenación de pagos, mas no por actos ú omisiones del actor, digo contador, olvidando la Sala, al razonar de este modo, que ante la tenaz resistencia de muchos Ayuntamientos para cumplir los artículos 72 y 134 de la ley Municipal, el 8 del Real decreto de 23 de Diciembre de 1902, y la Real orden de 26 de Junio de 1914, relativos al pago obligatorio preferente é inexcusable, de las atenciones sanitarias, se dictó por el Ministerio de la Gobernación la Real orden circular de 15 de Marzo de 1919, cuya regla 4.ª dispone «que los ordenadores de pagos no deben expedir, los contadores intervenir, ni los depositarios pagar, bajo su personal responsabilidad libramiento alguno para atender gastos diferibles ó voluntarios sin que previamente hayan sido satisfechos ó cuando menos reservados en caja á disposición de los interesados, los haberes de los médicos titulares; de donde claramente se

desprende que ni el alcalde pudo ordenar ningún pago ni el contador intervenirlo mientras el recurrente no estuviese satisfecho de sus débitos, ó por lo menos tuviera á su disposición en la caja el dinero necesario; y como lejos de proceder de ese modo ordenaron é intervinieron cuantos pagos les vinieron en gana sin acordarse para nada de los derechos del recurrente, es indudable que infringieron la disposición transcrita y cayeron en la sanción del art. 1.902 del Código civil, que obliga á reparar daños y perjuicios á todo aquel que por acción ú omisión cause daños á otros interviniendo culpa ó negligencia; pero la Sala para ayudar y salvar á los infractores de este duro trance se fió de una certificación acreditativa de que en los meses en que se dejaba de pagar al recurrente había varios miles de pesetas en la caja, incurriendo en error de interpretación al dar á ese documento el crédito que le da, pues supone que sirve para acreditar el cumplimiento de la regla 4.ª de la Real orden de 15 de Marzo de 1919, siendo así que lo que dispone ese texto, es que antes de pagar ningún otro comprensivo hayan cobrado los médicos ó por lo menos tengan en caja los haberes reservados á su disposición, cosa que no dice la certificación, sino otra muy contraria, ó sea que en los mismos momentos en que se dejaba sin pagar al médico había en la caja muchos miles de pesetas sin que nadie haya dicho que esos miles de pesetas estuvieran reservados á disposición del recurrente, sino que lo que ocurría en el Ayuntamiento de Algeciras era lo mismo que pasa en los que están desgobernados de modo análogo, que hay en caja dinero para pagar todos los gastos voluntarios, y para acometer obras que no son imprescindibles, y hasta para iniciar labores provechosas y servir suenos de grandeza, pero ni se paga al médico ni se reserva el dinero á su disposición, con todo lo que queda demostrado que la conducta del contador no tiene excusa y que menos puede alcanzarla el proceder del alcalde, que se limitó á decir que hubo déficit en la recaudación, y que de igual manera que se dejó de pagar al recurrente se dejaron sin satisfacer los sueldos de los demás empleados, como si no existieran el Real decreto de 23 de Diciembre de 1902 y otras muchas disposiciones reguladoras cuales son en los Ayuntamientos los gastos voluntarios y diferibles y los obligatorios y preferentes; siendo tanto más lamentable la conducta de la Audiencia de Sevilla, cuanto que ya otras territoriales iban marcando el plausible camino de aplicar en rigor la ley de responsabilidad de funcionarios públicos; citándose en el recurso dos sentencias dictadas en el pasado año 1919, por los Audiencias de Granada y de Valladolid.

Visto siendo ponente el magistrado D. Ernesto Jiménez.

Considerando que tanto el artículo primero de la ley de 5 de Abril de 1904, como el artículo primero del Reglamento para su ejecución establecen que los funcionarios civiles del orden gubernativo que se mencionan en dichas disposiciones, quedarán obligados á resarcir al reclamante agraviado de los daños y perjuicios que en el ejercicio de sus cargos les ocasionen por infringir, con actos ú omisiones, algún precepto legal cuya observancia les haya sido reclamada por escrito, determinando el artículo segundo de la ley que tal resarcimiento de dichos daños y perjuicios responderán personal y principalmente los culpables de la infracción lesiva y sus herederos.

Considerando que acreditado en autos que el demandan-

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso. Madrid,

te D. José Zurita Gómez reclamó en diferentes ocasiones y por escrito el pago de las cantidades que le adeudaba el Ayuntamiento de Algeciras por sus servicios como médico titular, sin que dicho pago se realizase, pudo el reclamante, haciendo uso de los derechos que le concede la ley y el Reglamento citados, exigir la responsabilidad civil á los funcionarios responsables de tal omisión; y al no estimarlo así la Sala sentenciadora infringió por inaplicación é interpretación errónea los artículos primero de la ley de 5 de Abril de 1904, y el artículo de igual número del Reglamento de 22 de Septiembre del mismo año, que se citan en el primer motivo del recurso.

Considerando que para que pueda estimarse la excepción de prescripción especial de esta clase de acciones es preciso con arreglo á lo dispuesto en el artículo 11 de la citada ley de 5 de Abril de 1904, que transcurra un año desde el vencimiento del plazo legal para el acto omiso, y la falta de precepto que la determine que es lo que ahora ocurre, desde el mes siguiente al comienzo de la omisión; y como en el presente caso no se ha determinado de un modo claro y perfecto el momento de la omisión lesiva, no sólo por no haber sido resueltos por el alcalde y gobernador de la provincia la reclamación y sucesiva queja respectivamente, formuló el recurrente en 1917, á los efectos del párrafo primero del artículo 4 del Real decreto de 18 de Abril del mismo año, sino además que acordado por el Ayuntamiento de Algeciras, en sesión de 14 de Diciembre del repetido año, realizar el pago que el recurrente reclamaba con el primer ingreso que tuviese el municipio, el cual hecho del primer ingreso le era absolutamente desconocido al interesado, es manifiesto que falta el punto básico, para que pueda sostenerse con eficacia la excepción de prescripción opuesta que por afectar á la extinción de obligaciones ha de aplicarse restrictivamente y en la concurrencia de todos los requisitos exigidos por la ley; y al no entenderlo así la Sala sentenciadora infringe el citado artículo 11, alegado en el segundo motivo del recurso.

Considerando á mayor abundamiento, que el Ayuntamiento de Algeciras ha reconocido expresamente, después de presentada la demanda, el crédito que se reclama en el presente juicio al acordar primero con fecha 21 de Noviembre de 1919, en virtud de instancia presentada por los médicos titulares entre los que figura el demandante Zurita, el pago á los mismos de las cantidades adeudadas, y al aceptar después la forma de pago propuesto por la comisión especial nombrada al efecto, según acuerdo de 13 de Febrero de 1920, que se avistó con la representación de las citadas clases médicas, para llegar como se llegó á una inteligencia, lo cual justifica plenamente que la expresada Corporación municipal no estima caducado el derecho á percibir los sueldos adeudados y la realidad de los perjuicios que se han irrogado al recurrente.

Considerando que la responsabilidad de los contadores está condicionada según las disposiciones reglamentarias citadas para asegurar el pago de sus haberes á los médicos titulares y muy especialmente por la Real orden de 15 de Marzo de 1919, por la prohibición de intervenir libramiento alguno para atender gastos diferibles y voluntarios sin que previamente hayan sido satisfechos ó cuando menos reservados en caja á disposición de los interesados dichos haberes; y apareciendo justificado documentalmente que tanto al

vencimiento de las mensualidades reclamadas como en las fechas en que las reclamaciones se produjeron existían fondos suficientes en Caja para abonarlas, no puede estimarse que D. Vicente Ruiz Casares, demandado como contador del Ayuntamiento de Algeciras, infringiese disposición alguna al intervenir libramiento para el pago de otras atenciones, y al absolverle de la demanda la Sala sentenciadora aplicó acertadamente las disposiciones pertinentes al caso,

Fallamos que debemos declarar y declaramos haber lugar al recurso de casación por infracción de ley interpuesto por D. José Zurita Gómez, y en su consecuencia casamos y anulamos la sentencia dictada en estos autos, por la Sala de lo civil de la Audiencia Territorial de Sevilla, con fecha 6 de Abril de 1920; y devuélvase el depósito constituido. Así por esta nuestra sentencia que se publicará en la *Gaceta* é insertará en la *Colección Legislativa*, pasándose al efecto las copias necesarias, lo pronunciamos, mandamos y firmamos. —*Luciano Obaya Pedregal*. —*Antonio Gullón*. —*El Conde de Lerena*. —*Manuel del Valle*. —*Pedro Higuera*. —*Edelmiro Trillo*. —*Ernesto Jiménez*.

Publicación: Leída y publicada fué la anterior sentencia por el Excmo. Sr. D. Ernesto Jiménez, magistrado ponente que ha sido en estos autos estando celebrando Audiencia pública la Sala de lo civil del Tribunal Supremo en el día de hoy, ante mí de que certifico como relator-secretario de la misma. —*Madrid*, 22 de Marzo de 1921. —*Licenciado, Trinidad Delgado Cisneros*.

Número 188.

Sres. D. Luciano Obaya Pedregal, D. Antonio Gullón, Conde de Lerena, don Manuel del Valle, D. Pedro Higuera, D. Edelmiro Trillo y D. 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 don 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, á virtud de casación declarada en este día en recurso por infracción de ley interpuesto por el procurador D. Eduardo Morales, bajo la dirección de D. Angel Ossorio y Gallardo, en nombre de la parte demandante, no habiéndose personado los recurridos.

Visto siendo ponente el magistrado D. Ernesto Jiménez, por los fundamentos de hecho y de derecho, consignados en la sentencia de casación que precede.

Considerando que el demandado D. Emilio Morillas Salinas, alcalde de Algeciras, al dejar de ordenar el pago de las cantidades reclamadas por el demandante, infringió por omisión defectos digo preceptos legales terminantes causando al actor perjuicios de que debe responder personalmente con arreglo á los artículos 1.º de la ley de 5 de Abril de 1904, y del Reglamento para su ejecución.

Considerando que no habiéndose ordenado por el alcalde demandado D. Emilio Morillas Salinas, al que compete con arreglo á la ley Municipal ordenar los pagos del abono de las cantidades adeudadas al actor y reclamadas por éste, no hubo por parte del contador D. Vicente Ruiz Casares omisión alguna en el cumplimiento de sus obligaciones y debe

CARBOLAN

Pelrd's C.º, New-York.

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

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

ser absuelto de la demanda de responsabilidad dirigida contra el mismo.

Considerando que según preceptúa el art. 13 de la ley de 5 de Abril de 1904, las costas se impondrán siempre al funcionario demandado cuando se le declare civilmente responsable de los daños y perjuicios reclamados,

Fallamos que debemos condenar y condenamos á don Emilio Morillas Salinas á que pague al demandante D. José Zurita Gómez las cantidades reclamadas por éste en el escrito presentado en el Ayuntamiento de Algeciras en 11 de Abril de 1919, cuyo total importe se determinará en las diligencias de ejecución de sentencia, y al pago de todas las costas del juicio. Y absolvemos á D. Vicente Ruiz Casares de la demanda de responsabilidad civil deducida contra el mismo D. José Zurita Gómez; y con la oportuna certificación devuélvase á la Audiencia Territorial de Sevilla el apuntamiento que ha remitido. Así, por esta nuestra sentencia irrevocablemente juzgando, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.—*L. Obaya Pedregal.*—*Antonio Gullón.*—*El Conde de Lerena.*—*Manuel del Valle.*—*Pedro Figueras.*—*Edelmiro Trillo.*—*Ernesto Jiménez.*

Publicación: Leída y publicada fué la precedente sentencia por el Excmo. Sr. D. Ernesto Jiménez, magistrado ponente que ha sido en estos autos estando celebrando Audiencia pública la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo en el día de hoy ante mí de que certifico como relator-secretario de la misma.—Madrid, 22 de Marzo de 1921.—Licenciado, *Trinidad Delgado Cisneros*—Es COPIA.

POR ÚLTIMA VEZ

En prueba de imparcialidad absoluta publicamos el siguiente escrito que se nos envía en contestación al remitido por el Sr. Hernández é Irala.

Un notable doctor de Madrid, de reconocida competencia, vino el día pasado primeramente á mi casa y después á la oficina. Empezó á hablarme de que «comisionado por el Dr. Centeno de un determinado asunto me daría cuenta de él, mejor que de ningún otro modo, leyéndose su carta». Le dije: «No se moleste usted, porque ni me interesa ni puede afectarme lo que Centeno diga». Insistió nuevamente el referido doctor y, por deferencia á él, me resigné á oír leer la carta. No la seguí con mucha atención, pero no pude menos de sonreírme y decirle al doctor comisionado: «Pues bueno; que acuda á los tribunales, ó que haga lo que le parezca». El tono de la carta era, á mi juicio, impertinente, y pedía una rectificación completa sobre su actuación en el asunto de La Luisiana y qué sé yo cuantas cosas más, con un aire de autoridad impertinente y ridículo. Me dejó el doctor ya dicho el impreso que, por lo visto, ha dirigido Centeno á la prensa médica; le ha publicado ya algún periódico médico de Madrid. Después he visto que en ese impreso se aclara ya un punto importante. Centeno informó en el asunto de La Luisiana porque lo solicitó, por medio de un oficio, el señor inspector provincial de Sanidad de Sevilla, Dr. Laborde. El hecho no tiene nada de particular; me parece indudable que al Dr. Laborde se dirigiría algún cacique máximo de Sevilla, rogándole que pidiera el informe al Colegio y, como en ello no iba ganando ni perdiendo nada el Dr. Laborde, de quien tenemos las mejores ausencias,

le juzgamos como un excelente compañero, se dirigió al Colegio solicitando su informe. Y este fué y dió íntegramente el que copiamos en el escrito que dirigimos á todos los médicos titulares: «El Real Colegio de Sevilla instruyó el correspondiente atestado». Fraseología que los compañeros calificarán. Si es verdad eso que ahora nos cuenta el Dr. Centeno, ¿por qué no lo dijo en aquel informe, en cierto modo reservado, y no que se lo calla y ahora, después del tiempo transcurrido, se sale afirmando que el titular de La Luisiana es un beodo? Cualquiera otra persona que en algo estimara su dignidad personal se hubiera excusado de informar en contra de un compañero, cuando ninguna ley ni reglamento le obligaba á ello. No faltaba á la verdad, y en nada perjudicaba al compañero que tuviera la desgracia de estar poseído, subordinado, por un vicio cualquiera. Pero claramente se vé en todo la mano del caciquismo, porque es el único asunto de Sevilla, que nosotros sabemos, en el que ha informado el Colegio, porque en la oficina existe una recomendación de un cacique máximo de Sevilla en contra del médico titular, porque se negaron al médico de La Luisiana los antecedentes penales que solicitó del alcalde porque en el expediente no declaró ningún pobre de los pueblos que constituyen el partido, razón bastante para que la Junta informase como lo hizo, y porque era ya el segundo ó tercer expediente que se instruía al señor Ordóñez. En el último no consta absolutamente nada de lo que ahora dice el Sr. Centeno, y, por tanto, la Junta no sólo por compañerismo, sino por su propia dignidad, tenía que informar en la forma ya conocida de nuestros lectores, á cuyo informe nos remitimos. No conocemos personalmente al Sr. Ordóñez é ignoramos, por tanto, si es verdad que fuera ó no beodo.

Otro dato importante da ahora el Sr. Centeno. Dice que en la Asamblea valenciana no estuvo ni él ni ningún representante del Colegio sevillano; y entonces ¿cómo le eligieron para la Junta *sagrada*? O la personalidad del Sr. Centeno es tan elevada por los servicios que ha prestado á la clase, por sus sacrificios en gracia á ella y su mentalidad está al nivel de éstos, habiéndose impuesto por unos y otra, ó allí fué valor entendido entre unos cuantos señores de acuerdo con las personalidades de Madrid, á que el Sr. Sánchez aludía. Para mí la cuestión no ofrece ninguna duda; pronto se aclarará para los vacilantes.

Que los procedimientos del *inclito* presidente del Real Colegio de Sevilla y Director general de Asociaciones sanitarias, membrete usado en sus cartas, son iguales á los del caciquismo más ruin, lo demuestra el hecho de que haya escrito á todos los vocales titulares del Patronato en forma igual ó semejante á como el doctor comisionado me hizo saber. Trata, sin duda, de sembrar la discordia entre nosotros y aislarme a ser posible, para verter sobre mí toda la rabia y cólera de su *autoridad*. Quiere tal vez litigar tan sólo contra mí por el pecado de decir la verdad, pecado que nos alcanza á todos los vocales titulares del Patronato, y no sabe, conviene lo sepa desde este momento, que puede hacerlo cuando quiera, que me hago responsable, no sólo del folleto publicado por la Junta, sino del artículo del Sr. Casado, de Gerindote, que por lo visto también le ha sentado muy mal. El Sr. Casado me autorizó para que modificase su artículo como me pareciera; tal vez al corregirle cambiara yo alguna frase. Sepa, pues, el señor

LA DIABETES 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.

Y SUS COMPLICACIONES

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

Centeno, que me hago responsable del artículo del Sr. Casado.

Interesa hacer constar también que todos los titulares del Patronato se hicieron cargo, dándose perfecta cuenta de ello, del manifiesto que se publicó; de modo que á todos nos alcanza igual responsabilidad. No estuvo presente, por ejemplo, el Sr. Gosálbez, pero escribió diciendo que se hacía solidario de lo que la mayoría acordase. A pesar de ello, se le volvió á escribir para preguntarle si firmaba ó no el manifiesto, y contestó que lo firmaba con mucho gusto. Tal vez haya pensado el Sr. Centeno que nosotros seguimos procedimientos semejantes á los suyos, y así como él ha puesto las firmas de numerosos compañeros que seguramente no tienen conocimiento ninguno del asunto, ha creído, ó ha querido suponer, que nosotros procedíamos lo mismo. Porque, ¿qué quieren decir las firmas esas que aparecen en el escrito del Sr. Centeno? ¿Ha habido en Sevilla alguna Asamblea para tratar del expediente de La Luisiana? ¿Saben que es cierto cuanto el Sr. Centeno afirma del Sr. Ordóñez? Nosotros creemos que el Sr. Centeno ha colocado las firmas de algunos que considera allegados á su persona y nada más.

Pensar que entre todos los médicos españoles no ha de haber quien tenga criterio totalmente distinto y no use de procedimientos diferentes de los demás, sería un absurdo. Entre tantos ha de haber de todo. Esto nos consuela; de otro modo pensaríamos que están en lo cierto los que se sienten más cerca de los obreros que de algunos compañeros.

Paréceme inútil decir que no he de volver á ocuparme para nada del Sr. Centeno.

A. ALMARZA

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,5; ídem mínima, 695,4; temperatura máxima, 20°,6; ídem mínima, 0°,8; vientos dominantes, NO O, ONO.

Continúan en la misma forma, intensidad y número, los afectos reinantes con el carácter estacional que les es propio. Las afecciones gripales agudas del aparato respiratorio, las infecciones intestinales, los reumatismos, las congestiones y hemorragias de los centros nerviosos, siguen presentándose con alguna frecuencia.

En los niños no hay ningún afecto epidémico importante.

Mortalidad de Madrid en Marzo de 1921 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Marzo de 1921.
Menores de 1 año.....	242	221
De 1 á 4 años.....	227	150
De 5 á 19.....	124	59
De 20 á 39.....	241	204
De 40 á 59.....	297	256
De 60 en adelante.....	458	410
Sin clasificación.....	2	3
TOTAL.....	1.591	1.343

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Marzo de 1921.
Fiebre tifoidea.....	14	14
Tifus exantemático.....	1	»
Viruela.....	12	»
Sarampión.....	25	1
Escarlatina.....	2	7
Coqueluche.....	14	4
Difteria.....	8	10
Gripe.....	65	22
Otras epidémicas.....	3	2
Tuberculosis pulmonar.....	171	150
Idem meníngea.....	16	20
Otras tuberculosis.....	31	21
Cancerosas.....	58	56
Menigitis.....	91	57
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	76	62
Orgánicas del corazón.....	121	123
Bronquitis aguda.....	114	107
Idem crónica.....	48	50
Pulmonía.....	41	17
Broncopneumonía y otras.....	179	177
Enteritis (menores de dos años).....	49	48
Apendicitis y tífis.....	3	4
Hernias y obstrucciones.....	12	11
Cirrosis hepática.....	12	14
Nefritis.....	47	38
Septicemia puerperal.....	5	4
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	46	52
Senectud.....	51	33
Otras enfermedades.....	276	239
TOTAL.....	1.591	1.343

Varones.....	671
Hembras.....	672
Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior.....	51,32
Idem íd. en Marzo de 1921.....	43,32
Idem íd. en Febrero de 1921.....	54,50

Observaciones.

La mortalidad de Marzo ha sido una de las más bajas registradas en Madrid en igual mes de los veinte años anteriores.

Por fiebres tifoideas sucumbieron cuatro más que en el mes precedente. Las defunciones por estas causas ocurrieron en barrios diferentes, con excepción del de Santa Lucía, distrito de la Universidad, en que hubo dos. En los distritos de Centro y Hospicio ninguna.

Fueron diagnosticados de *encefalitis letárgica*, un niño de dos años que murió en la calle Mayor, y de *meningitis cerebroespinal*, sin otro adjetivo, uno en la Inclusa (asilo) y dos en diferentes casas del barrio de Gutenberg.

Llamamos la atención respecto á la *escarlatina* que ha causado siete defunciones, cuando en Febrero no había producido ninguna.

Al iniciarse Abril la mortalidad tiende á ser, aunque muy levemente, más elevada.

Nacieron vivos 1.735.

LUIS LASBENNES.

Crónicas.

A beneficio de la Cruz Roja.—En el hotel Ritz se celebró el día 14 un baile organizado á beneficio de la Cruz Roja del distrito de la Universidad, de cuya Junta de damas es presidenta la princesa doña Beatriz de Orleans.

Según los informes publicados, el resultado final por la venta en la tómbola llegó á la cifra de 3.500 pesetas, y el total de ingresos rebasa, con bastante, los 3.000 duros.

PEÑACASTILLO

Sanatorio para enfermos de aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso.
Cocina dietética.—10 hectáreas de jardín y parque.—Instalación de lujo á la vez que higiénica.

Director: **DR. MORALES.** — Santander.

Viaje del Dr. Pulido á Africa.—Comunican de Tetuán que continúa en aquella plaza siendo objeto de grandes agasajos nuestro ilustre director honorario Dr. Pulido, quien ha sido obsequiado con una comida por el alto comisario y con un banquete ofrecido por el Jalifa en su palacio; á este acto asistieron el general Berenguer, secretario general del gran visir, los delegados generales y el coronel Jordana.

El Dr. Pulido visitó el día 12 Ceuta, regresando por la noche á Tetuán.

El día 13 dió una conferencia interesantísima sobre asuntos sanitarios de la zona.

Consultas públicas.—En la consulta pública especial de enfermedades de los ojos establecida en el hospital de San José de esta corte (Eloy Gonzalo, 3), á cargo del doctor D. Patricio Barco y Pons, se han prestado, durante el primer trimestre del año actual, 13.576 consultas y practicado las operaciones necesarias.

Conferencia del Dr. Marañón en Salamanca.—El doctor D. Gregorio Marañón ha dado en el Ateneo de Salamanca una notable conferencia sobre el tema «La secreción de las emociones con la edad», en la que, en síntesis, dijo que la emoción es un fenómeno dimanado por el sistema nervioso y por el sistema humoral de las glándulas de secreción interna.

El Sr. Marañón fué muy aplaudido, asistiendo después á un banquete ofrecido en su honor por los elementos del Claustro y otros admiradores.

Enseñanzas prácticas.—El Dr. Sicilia presentará semanalmente los viernes, de seis á nueve de la noche, desde esta fecha y definitivamente, los enfermos más interesantes de la especialidad que tenga en estudio, á todos los señores médicos y alumnos que quieran honrarle con su presencia y observaciones para completar la labor en unión de éstos.

Las explicaciones que actualmente da serán publicadas mensualmente en suplemento adscrito á los Archivos Dermo-Sifiliográficos.

Las sesiones semanales serán dadas en su consultorio, calle de Don Felipe, número 2, principal, siendo libre la asistencia á profesionales á quienes interese esta clase de enfermedades cutáneas y venéreas.

El profesor D. Jacinto Segovia, enfermo.—El profesor del Hospital Provincial, D. Jacinto Segovia Caballero, se halla afecto de gripe, habiéndose llegado á producir una bronconeumonía. Afortunadamente ha llegado á nosotros la noticia de que se encuentra muy mejorado, y deseamos vivamente su pronto y total restablecimiento.

Festividad en el Hospital Provincial.—Mañana 24, se celebrará en el Hospital Provincial la solemnidad de administrar á los enfermos la sagrada comunión pascual. Como es el último año en que toma parte con carácter oficial el decano del Cuerpo Médico D. Enrique de Isla, sus amigos y discípulos han acordado asistir, sin falta, para contribuir á dar esplendor al acto.

Ateneo de estudiantes hispano-americanos.—El lunes, día 11 del actual, se reunió en el Ateneo de Madrid la Comisión organizadora del Ateneo de estudiantes hispano-americanos y los escolares adheridos, con objeto de aprobar los estatutos y constituir la Junta directiva.

Por unanimidad quedó designado el Sr. Pando Baura para la presidencia del Ateneo, designando los demás cargos en la siguiente forma:

Vicepresidentes: Goy de Silva, Romero, Burell, José M. Chacón, secretario de la Legación de Cuba, y Enrique Luque, representante de Medicina (español); secretarios: los Sres. Gil Sastre, Lain, de Derecho; Domínguez Luque (chileno) y Maza (colombiano); vicesecretarios: Garrido, de Derecho, y Bivos, de Veterinaria; bibliotecarios: Robledo (colombiano) y Cayetano Alcázar, de Filosofía y Letras; tesorero, Domínguez Ramos, presidente del Ateneo de alumnos internos de San Carlos; vocales: presidente Asociación de Ingenieros y Arquitectos; Hernández Ramírez, presidente Filosofía y Letras, representantes de Ciencias, Farmacia y Maestras; Sres. Carrancá y Pino Suárez (hijo este último del vicepresidente de la República de Méjico), mejicanos; Unzaga (boliviano), De la Torre, García Paladini y Linaje (argentinos), Pérez del Real (chileno), Núñez (peruano) y Sánchez Araujo y Oiva Michelena (cubanos); secretario de actas, Antonio Sandoval, presidente de Ciencias.

Se acordó ofrecer la presidencia honoraria á S. A. R. el Príncipe de Asturias.

Comprimidos QUINARFER.—Al presente número se acompaña un prospecto del Laboratorio y Farmacia Americana (Carrera de San Jerónimo, núm. 1), de Madrid, de la medicación antipalúdica para la infancia **QUINARFER**, cuya lectura recomendamos.

Oposiciones á médicos forenses en las Audiencias de Valencia, Valladolid, Granada y Sevilla. Instancias hasta 9 de Mayo. Obra única que contesta con suficiencia el programa por el Dr. Eguren, 50 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14.

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

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

SULFOBARIUM (marca registrada).—Sulfato de bario purísimo para Radioscopia. Cajita de 130 gr., 2,40 pesetas; de 150, en dos dosis, 3 pesetas; en forma emulsionable en frío; á granel, por kilos. Único preparador en España: DOCTOR GIRAL, catedrático y académico, Atocha, 35, Teléfono M. 33, Madrid, farmacia y laboratorio de análisis del doctor Giral.

SUERO ANTINEURASTÉNICO García Suárez.

En todos los casos de enfermedades consuntivas ó agotamiento de energías mentales ó corporales sus resultados son sorprendentes. Se preparan en ampollas de 1, 2 y 5 c. c.



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

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

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

conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial, Argensola, 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 consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

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

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