

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Sobre la patogenia de la ataxia tabética, por Gonzalo R. Lafora.—Las epidemias tíficas y el teorema de Hazen, conferencia del Dr. Murillo.—Contribución a estudio de la tuberculosis faríngea, por el Dr. José María Barajas y de Vilches.—Casos interesantes de empleo del «Adrenoserum», por el Dr. Arturo Perera.—**Periódicos médicos.**—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Documento parlamentario.—La cuestión de los manicomios españoles, por José M. de Villaverde.—Colegio de Huérfanos.—**Sociedades científicas:** Sociedad Española de Higiene.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

SOBRE LA PATOGENIA DE LA ATAXIA TABÉTICA

(RESPUESTAS Á UNAS OBJECIONES DEL DR. VILLAVERDE)

POR

GONZALO R. LAFORA

En esta misma Revista ha publicado recientemente el Dr. Villaverde un artículo de crítica sobre otro nuestro, aparecido previamente en los *Archivos de Neurobiología*, y como contiene numerosos errores, creemos conveniente una contracrítica que ponga las cosas en su verdadero punto.

Procuraremos encauzar primero la discusión sobre el tema principal del artículo, para luego contestar aparte á las numerosas alusiones ajenas á la cuestión que con cierta disociación nos hace el Dr. Villaverde en su artículo, el cual más que una crítica científica y desapasionada, parece la expresión simbólica de complejos dolorosos largo tiempo reprimidos.

En su crítica, dice en resumen el Dr. Villaverde que parezco desconocer el llamado primer período ó fase sistemática de la tabes, en la que se lesiona con preferencia un haz, la cinta externa de Pierret (1), cuyas fibras, dice, son colaterales de las raíces posteriores y forman un campo en plenos cordones posteriores,

(1) Este es una parte del fascículo de Burdach que el Dr. Villaverde cita en francés, «bandelette externe», pareciendo en la descripción no conocer muy bien su estructura.

para luego dirigirse á las células motoras de los cuernos anteriores. Añade luego que las lesiones de estas fibras, las cuales unen á las raíces posteriores ó sensitivas con las células motoras del asta anterior, determinan: hipotonía, ataxia y abolición de los reflejos. Estos serían síntomas debidos á la alteración de la *sensibilidad propioceptiva* (Sherrington) ó sensibilidad inconsciente, en la que los estímulos procedentes de la periferia son registrados en centros medulares ó inferiores (á través del arco reflejo medular) sin llegar á los centros superiores. Hasta aquí lo que dice el Dr. Villaverde.

Para decir esto, que hace ya varios años es conocido de cualquier especialista y que figura hasta en los *Manuales de Neurología*, emplea el Sr. Villaverde varias páginas, en las que rivaliza la inocente euforia del neófito, con la exhumación de numerosas citas bibliográficas, equivocadas algunas, envejecidas todas y de segunda mano la mayor parte; y, lo que es más criticable, con la incompreensión de lo que se pretende criticar y la cita errónea de párrafos, que indica una ligereza y atropellamiento imperdonables en quien sienta cátedra de *magister*.

Según el Dr. Villaverde, la lesión de la cinta externa de Pierret (1), determina cuando es á nivel de la medu-

(1) Las fibras colaterales de la cinta externa se dirigen sólo hacia la substancia gris medular, mientras que sus fibras principales son fibras largas que ascienden en el haz de Burdach y después en el de Goll para terminar en los núcleos bulbares respectivos.

la lumbar, hipotonía, abolición de los reflejos y ataxia; y, sin embargo, el Dr. Villaverde que ha leído á la ligera nuestro artículo, no se fija que el caso IV tiene abolición de los reflejos rotulianos y aquilinos y disminución de la sensibilidad perióstica, y el caso V abolición de los reflejos tendinosos patelar y aquilino y disminución de la sensibilidad articular del pie, á pesar de lo cual los dos enfermos no tenían ni ataxia de pies, ni Romberg.

Estos dos casos nuestros tenían, pues, abolición de los reflejos, sin hipotonía, ni ataxia. Es decir, que en ellos está interrumpido el arco reflejo y, sin embargo, no se produce ataxia, ni hipotonía. Hay, pues, pérdida de la sensibilidad propioceptiva de los reflejos, hay seguramente lesión de la vía centripeta y quizá (como están vivos estos enfermos, yo no tengo la culpa de no haber podido estudiar aún su medula) de la cinta externa de Pierret, y la ley descrita por el Dr. Villaverde falla.

He aquí por qué es y será siempre interesante la clínica y por qué nos ofrece un vasto campo de investigación, que debe unirse á las investigaciones de laboratorio, de las cuales soy tan partidario como el doctor Villaverde y desde muchos años antes que él nos descubriese la importancia del laboratorio.

Es decir, que á pesar del Dr. Villaverde, hay casos en los cuales debemos suponer que están lesionadas las únicas vías de la sensibilidad propioceptiva que conoce el Dr. Villaverde y, sin embargo, no presentan aún ataxia.

En nuestro trabajo criticado hemos presentado casos de diferentes variantes: unos con ataxia moderada sin reflejos tendinosos y con sensibilidad superficial y profunda conservada; otros con ataxia intensa, falta de reflejos tendinosos, de la sensibilidad articular y muscular y conservación de la perióstica; y otros con pérdida de los reflejos y ligeras alteraciones en la sensibilidad articular ó perióstica sin ataxia. Todo ello nos parecía sistematizar las discusiones que sobre esta cuestión aparecen en los libros; y hoy seguimos creyendo, á pesar de la importante lección del Dr. Villaverde, que está aún sin explicar «la falta de paralelismo fisiopatológico *cuantitativo* entre el grado de ataxia y el grado de trastornos de la sensibilidad profunda y superficial».

Aparte de los cinco casos de tabes, citamos uno de compresión medular traumática (operado de laminectomía por el Dr. Goyanes), en el que observamos abolición de la sensibilidad perióstica en una pierna, hipertonía y nada de ataxia. El Dr. Villaverde se permite hacer el siguiente comentario: «Y nada hemos de decir de la terapéutica seguida en el quinto caso, pues el bisturí del Dr. Goyanes es en nuestro sentir algo mucho más eficaz y de tener en cuenta, que el flamante procedimiento de las inyecciones intrarraquídeas». Así se entera de lo que lee para criticar quien pretende examinar minuciosamente á sus enfermos. ¿Cómo íbamos á practicar la terapéutica intrarraquídea, Dr. Villaverde, en un enfermo que no era de tabes, sino de compresión medular traumática?

Se extraña también el Dr. Villaverde que en una

historia hagamos constar «visión normal», y luego de la terapéutica intrarraquídea, que la visión es mejor. Cuando un enfermo al explorarle nos dice que ha notado disminución de la visión, le enviamos para un reconocimiento detenido al Instituto Oftálmico, donde los diversos especialistas nos envían notas del enfermo, pero no hacemos esto con enfermos como el citado, estudiante, con ataxia hereditaria y que decía no haberle disminuido su agudeza visual. Este mismo enfermo al referirnos después los efectos de las primeras inyecciones intrarraquídeas nos dijo, entre otras cosas, que creía ver mejor. ¿Es esto algún contrasentido?

La crítica que el Dr. Villaverde hace de los párrafos nuestros en que hablamos de la contribución posible de otros factores para explicar la producción de la ataxia en estos raros casos de falta de paralelismo fisiopatológico entre los trastornos sensitivos, los reflejos y la ataxia, la trasladamos á Oppenheim, Müller y Déjerine, de quien nosotros lo tomamos y cuyos libros modernos parece no haber leído el Dr. Villaverde.

No queremos dejar pasar sin deshacer un error que la fantasía ó el desconocimiento del Dr. Villaverde le ha hecho cometer. Copiando un párrafo de Oppenheim que citábamos en nuestro trabajo y que según él no hemos entendido, afirma que las sensaciones inconscientes ó «propioceptivas» mencionadas por Oppenheim son las que pasan sólo por las fibras de la cinta externa de Pierret (de que ha hablado el Dr. Villaverde) como por un arco reflejo. Esto no es exacto, pues no sólo se refiere Oppenheim á las sensaciones propioceptivas del arco reflejo (1) y que servirían en parte para mantener el tono muscular, sino también á las sensaciones profundas necesarias para la coordinación muscular que ascienden por la medula á centros cerebelosos y cerebrales, aunque no llegan á la consciencia. El Dr. Villaverde no debe ignorar que hay una sensibilidad inconsciente de los movimientos coordinados y una sensibilidad profunda automática, la cual se manifiesta porque cada estímulo determina una contracción muscular simple, que á su vez origina otra por vía propioceptiva, y así sucesivamente. Estas sensaciones propioceptivas inconscientes, pueden fácilmente hacerse conscientes al fijar la atención en ellas. Monakow dice sobre las mismas: «Mediante tales acciones recíprocas, en las cuales toman parte todos ó varios departamentos del cerebro medio y del sistema metamérico, se producen aquellas cadenas de movimientos diversamente ordenados. Pero también así se constituye la base para la sensación consciente (sensación de la locomoción, de la orientación en el espacio y en el propio cuerpo) y para las latentes sensaciones de inervación kinestésica (sentido kinestésico).» Por tanto, las vías sensitivas ascendentes de los cordones posteriores y laterales de la medula (fascículos de Goll y Burdach, fascículo cerebeloso directo de Flechsig y fascículo anterolateral de Gowers) no están dedicados exclusivamente á la sensibilidad superficial y profunda consciente, como afirma el Dr. Villaverde, sino que por ellas

(1) Sensibilidad propioceptiva de los reflejos somáticos de Monakow.



ascienden á los centros del cerebro medio sensaciones propioceptivas ó inconscientes que pueden fácilmente trocarse en sensaciones conscientes al alcanzar á los centros corticales y al fijar en ellas nuestra atención consciente. Si, pues, unas y otras sensaciones pasan á la vez por las mismas vías nerviosas (cordones posteriores), no creemos que la exploración de la sensibilidad profunda consciente sea un disparate como afirma á la ligera el Dr. Villaverde.

Lea el Dr. Villaverde lo que sobre este particular dice Oppenheim: «Los fascículos de Goll, Burdach, cerebeloso directo y anterolateral, son vías centrípetas, que sirven para la conducción de impulsos sensitivos, los cuales *en parte* se convierten en sensaciones conscientes, pues llegan á la corteza cerebral, y *en parte* ejercen influjo sobre centros inferiores, como sucede especialmente con los aparatos de coordinación del cerebelo, etc.» Ni la anatomía patológica ni la fisiología han diferenciado todavía en estos fascículos unas fibras para la conducción de sensaciones inconscientes propioceptivas y otras para las sensaciones conscientes; así que cuando estos fascículos están degenerados podemos encontrar simultáneamente trastornos cuantí y cualitativos de ambas clases de sensaciones.

El Dr. Villaverde afirma además, como si estuviese probado, que tanto la ataxia como la hipotonía y la abolición de los reflejos «para que se presenten en los casos de tabes *es preciso únicamente* que estén lesionadas las fibras de la *bandelette externe* de Pierret». Sabido es que el tono muscular depende del tono nervioso de las células del asta anterior y que éste depende á su vez de la suma de impulsos que estas reciben, no sólo de la periferia, como parece creer el Dr. Villaverde, sino de tres orígenes, á saber: primero, de la periferia, por las raíces posteriores (influjo elevador del tono); segundo, de la corteza cerebral, por la vía piramidal (influjo depresor del tono); y tercero, del cerebelo y cerebro medio, por las vías cerebelosas descendentes y otras (influjo elevador del tono). Precisamente á estos diversos influjos se ha achacado esa falta de correlación estrecha entre el tono muscular y los reflejos tendinosos que se ha observado en diferentes lesiones medulares experimentales y patológicas (y que se *observaban en nuestros casos*).

A esto mismo debemos achacar las variantes clínicas que se observan en la tabes, y de aquí que la negación de los influjos cerebrales ó cerebelosos en la producción de la tabes, que es una enfermedad no exclusiva de la medula, parezca pretenciosa. El cerebelo no sólo puede ejercer su acción sobre el proceso tabético por las vías ascendentes espino-cerebelosas (fascículo de Flechsig), como dice el doctor Villaverde, sino también por sus lesiones propias y á través de las vías descendentes, que influyen sobre el tono muscular. Las lesiones neuróglas y de las células nerviosas del cerebelo en la tabes, que nosotros citábamos, han sido descritas por varios autores sin que aún se haya sistematizado este estudio. El Dr. Villaverde que critica nuestras citas, no aporta ninguna cosa nueva para hacer luz sobre el problema.

La influencia del cerebro sobre el tono muscular y sobre la ataxia es también conocida aunque su estudio no esté sistematizado. Sobre esto que tiene relación con el tratamiento reeducativo de Fränkel, criticado con pobre ingenio por el Dr. Villaverde, tenemos que decir, que no solamente la clínica ha comprobado su utilidad, sino que fisiológicamente está bien explicado. La influencia correctora del cerebro sobre los movimientos atáxicos es evidente y depende en cierta parte de la intervención de la vista. En su perfeccionamiento reeducativo se basa el método de Fränkel.

Si el Dr. Villaverde meditase más sobre lo que habla y escribe y estudiase más á fondo las cuestiones, en vez de ofuscarse con alguna cita bibliográfica que considera nueva y con esquemas didácticos de libro de texto, no cometería tantos errores de atropellamiento. Sus bravatas científicas de neófito dan la impresión de las de los «nuevos ricos». El Dr. Villaverde parece un nuevo rico de la neurología.

Queremos contestar ahora brevemente á otras alusiones del Dr. Villaverde que no tienen relación con el tema de este artículo. Con la autoridad de un maestro universal, el Dr. Villaverde se burla de la reeducación de Fränkel en la tabes, de la terapéutica endocrinológica, del psicoanálisis y de la terapéutica intrarraquídea en la neurosífilis (1). De todas ellas sabemos tiene escasa experiencia y de la última él mismo ha confesado no haberla practicado, lo cual da una débil solidez científica á sus críticas. Cuando uno ha dedicado mucho tiempo á una investigación, que tiene su parte clínica y su parte de laboratorio, y uno discute fríamente las razones científicas que apoyan un procedimiento y éste á su vez da en la práctica resultados importantes en un gran número de casos (claro que no en todos, Dr. Villaverde, exactamente como sucede con todos los medios terapéuticos, incluso con los quirúrgicos que son los de una acción más clara), es bien sensible que un hombre que declara no tener experiencia sobre el asunto, sin razones de ningún género y sólo imbuído de un apriorismo lamentable, pretenda con una burla inconsciente deshacer la labor de hombres que tanto han trabajado la cuestión como Cotton, For-dyce, Gennerich, Nonne, Sicard, Ravaut y muchos otros, entre los cuales estamos algunos modestos investigadores españoles. Si no diera lástima, daría risa. Si el Dr. Villaverde hubiese estudiado bien la anatomía patológica de la tabes, vería que en ésta hay dos procesos: el *extramedular* y el *intramedular*, y que Nageotte precisamente ha sido uno de los primeros en llamar la atención sobre la importancia del proceso extramedular (meningitis con infiltración de las raíces espinales posteriores) y en considerar como primario este

(1) Afirma de pasada que nosotros creemos en la terapéutica intrarraquídea por tuberculina en la meningitis tuberculosa, cuando le consta que en nuestro primer trabajo sólo afirmamos haber observado mejorías transitorias y ninguna curación, y en posteriores intervenciones sobre el mismo tema en la Academia Médico Quirúrgica, estando él presente, dijimos haber abandonado el método en vista de los repetidos fracasos. No queremos hacer juicios severos sobre la moralidad de esta manera de proceder en la crítica.

período y como secundario los períodos intramedulares que cita el Dr. Villaverde. Téngase presente además que los casos que han sido estudiados, anatomo-patológicamente eran casos de tabes que fueron diagnosticados clínicamente hace años, es decir, cuando las lesiones estaban ya algo avanzadas. Hoy que la clínica y el laboratorio permiten un diagnóstico más prematuro de la enfermedad, podría seguramente demostrarse mejor, que las lesiones extramedulares preceden a las intramedulares. Por eso tiene interés la investigación clínica de los casos prematuramente diagnosticados, antes de que haya lesiones en la cinta externa de Pierret, y, claro es, que la tiene mucho el poder estudiar histopatológicamente la medula de algún caso incipiente, pero no con los métodos de Marchi, como dice el Dr. Villaverde, sino con otros muchos histoquímicos y con los de las neurofibrillas y de la neuroglia, junto con los de la mielina que en estas lesiones finas iniciales nos dan más hechos.

La terapéutica intrarraquídea va dirigida contra estas lesiones extramedulares inflamatorias, según hemos dicho en otros trabajos, y no contra las lesiones parenquimatosas de tipo escleroso, y de ahí su eficacia (1).

Respecto á lo que dice cándidamente sobre los métodos anatomopatológicos de Marchi y Weigert-Pal le diré: a) que hace diez y seis años los aprendí en el Laboratorio de Simarro-Madina Veitia, donde hice mi primer trabajo experimental en serie de cortes en la medula de los peces; b) que luego los he empleado en numerosas piezas patológicas de diversas enfermedades medulares y lesiones cerebrales de las que conservo preparaciones y microfotografías; c) que el método de Marchi rarísima vez da resultados en la tabes, pues siendo una enfermedad de curso crónico, desaparecen rápidamente por reabsorción los vestigios de grasa de los cordones degenerados; y d) que hace años averigué que los trabajos que se publicaban sobre estos métodos, eran basados en preparaciones hechas por empleados de los laboratorios, ya que su ejecución sencillísima, rutinaria y de gran consumo de tiempo sólo podía ser llevada á cabo por principiantes que deseaban aprender el método, por hombres dedicados exclusivamente al cultivo de la histología ó por clínicos á quien sus pocos enfermos les permitían una pérdida tan lastimosa de su actividad intelectual en labores de orden inconsciente y propioceptivo, ejecutadas por las vías medulares ascendentes que he recordado antes al Dr. Villaverde. Los hombres dedicados además á sus trabajos clínicos (Déjerine, Vogt,

(1) Sólo de pasada queremos llamar la atención sobre lo que invertidamente dice el Dr. Villaverde acerca de un caso nuestro de sordera. Fué presentado por nosotros como de sordera central en vista de una nota de un especialista, en la que consideraba que no se habían perdido los restos auditivos para los tonos de la voz. Nuevamente examinado observó aquel que se trataba de una sordera total periférica y así lo hicimos notar en otra sesión de la Academia antes de que interviniese nadie en la discusión. Sucedió entonces que el Dr. Villaverde que venía preparado á decir lo que acababa de leer sobre la sordera central, al ver defraudadas sus esperanzas, y aunque ya no venía á cuento, nos colocó su discurso en su estilo habitual. El Dr. Villaverde dice sobre esto que tuvo "el gusto de discutir con el Dr. Lafora". Yo no conozco discusiones en que dos personas dicen lo mismo; el Dr. Villaverde no se conforma fácilmente con el ridículo.

Brodmann, Meyer, etc.), se ocupaban sólo de la interpretación de las preparaciones, único trabajo que requiere una intervención de la conciencia, y por cierto no muy agotante. Yo bien sé que cuando el Dr. Villaverde vea más enfermos, cosa que deseo le llegue pronto, tendrá que abandonar más ó menos sus trabajos propioceptivos, á la vez que se verá libre de los complejos reprimidos que ahora le martirizan y que tan subconscientemente deja entrever en su escrito, confirmando una vez más esas interpretaciones freudianas que con una superficialidad impropia desprecia y anonada al criticar nuestra moderada y condicional adhesión á ellas.

18 Abril 1921

Las epidemias tíficas y el teorema de Hazen

CONFERENCIA DEL DR. F. MURILLO EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA EL 12 DE MARZO DE 1921

La fiebre tifoidea es una enfermedad inseparable de las sociedades humanas. Desde el momento en que el hombre constituye la familia y, compelido por el instinto, busca el amparo de otras familias para esbozar la primera agrupación humana, surgen las fiebres tíficas, que andando el tiempo y en unión de nuevas dolencias, emanadas del mismo origen, viene á ser el precio que el gregarismo paga á cambio de las inmensas ventajas de la convivencia social. Los animales en libertad, rara vez padecen de enfermedades epizooticas, y si sobrevienen, es cuando, por unas ú otras causas, la densidad de población aumenta extraordinariamente en relación con la zona territorial que ocupan; pero en cuanto el rebaño aparece, y es mayor la suma y más estrechos los límites del área que habita, mayores son la frecuencia y diversidad de los contagios que sufre.

Satélites patológicos de toda asociación humana son la mayoría de las enfermedades infecciosas; pero, entre ellas, ninguna tan tenaz y tan persistente y continua como la fiebre tifoidea. En todos los siglos, en todos los continentes y en todos los pueblos, las fiebres tíficas siguen al hombre. No se observa predilección ó preferencia por un país, raza ó clima. De Norte á Sur y de Este á Oeste, la haz de la tierra pertenece de hecho al dominio de las bacterias del grupo: allí donde existen pobladores del planeta, allí reinan las fiebres tifo-paratíficas. Sus agentes causales corresponden, sin duda, á la categoría de los mejor adaptados á la vida parasitaria sobre la economía humana. Por eso no hay en ella órgano que les sea hostil: salvan sin contratiempo el estómago y los primeros tramos intestinales, atraviesan las paredes del ileon, llegan con la linfa á los ganglios —famosos reductos que no les impiden avanzar— penetran en la sangre, viajan y se difunden á favor de su corriente; exploran las entrañas y los rincones últimos del organismo, y, finalmente, eligen para sede y morada las placas de Peyero, donde con tranquila holgura desarrollan el proceso clásico de las fiebres eberthianas. Y todavía, en el epílogo del drama, si el enfermo triunfa, la bacteria se incauta de la vejiga biliar, y en ella vive y procrea y sale al exterior en diarias oleadas como si la lucha terminara, no por vencimiento de una de las partes, sino por transacción ó pacto, mediante el cual, el hombre queda limpio de venenos y en potencia de recobrar la salud y el microbio adquiere derecho de territorialidad sobre el hígado y permiso de libre emigración á través de la

vía intestinal, para continuar atacando al género humano. Este compromiso que, en términos técnicos, llamamos inmunidad adquirida, resulta tolerable para el individuo, pero intolerable para la especie, porque el enfermo, á trueque de reponerse y vivir exento de cuidados, facilita al enemigo las llaves de la ciudad y de la fortaleza, dándole medios de llegar al interior directamente, por contacto, ó indirectamente, por contaminación del medio externo. Así se comprende que las infecciones tíficas no tengan eclipse, no tengan solución de continuidad en el espacio ni en el tiempo. Una larga cadena de esqueletos, hilvanada de polo á polo, alrededor de la tierra, une el primer caso de la tribu protohistórica con el último de hoy.

Constituidos los núcleos urbanos y comprobada la existencia continua y la exaltación accidental de las fiebres pútridas, las civilizaciones antiguas tratan de evitarlas, y establecen aquellas reformas que la historia describe en las ciudades orientales, en Egipto, en Grecia, y, principalmente, en Roma, cuyos acueductos—á estilo de los nuestros de Tarragona y Segovia—y sistemas de cloacas sirvieron de modelo, durante siglos, á todas las naciones. Transcurrieron muchos estacionados en este primer avance ó olvidados de sus ventajas, en pleno retroceso, y es menester llegar al siglo XIX para oír de obras y planes de higiene urbana, encaminados á combatir las endemias tíficas. La observación, múltiple y reiterada, de infecciones que correspondían á la distribución de aguas y de epidemias que cesaban con el abandono ó el cierre de pozos y fuentes, en perfecta congruencia con la distribución de los casos, trajo el conocimiento de la relación causal entre las aguas potables y las infecciones de localización gástrico entérica—. Entretanto, crecían las urbes, muchas de ellas empezaban á convertirse en emporios industriales, y con ésto, á compás del aumento de población, aumentaron también, hasta hacerse patentes, los males que á la salud pública ocasionaban los abastecimientos de aguas, sobre todo los derivados de los grandes lagos y ríos numerosos, cuyas orillas sirven de asiento á las principales metrópolis del mundo. Y fué á principios del siglo pasado cuando, en la ciudad más populosa de Europa, en Londres, surgió la idea de someter el agua del Támesis á una previa depuración que eliminara sus elementos nocivos. Los daños hídricos se atribuían, desde tiempo inmemorial, á las inmundicias que los habitantes de las márgenes vertían cómodamente en aguas propias, sin cuidarse de su destino ulterior ni de la jurisdicción ajena, hasta el año 1829, en que James Simpson tuvo la idea de imitar á la naturaleza, que torna claras las aguas turbias por simple percolación sobre lechos arenosos, constituyendo el primer filtro, que todavía se conserva en Londres, y que, en su primitiva sencillez, constaba de un depósito de sedimentación y una faja de capas de arena, interpuesta entre el depósito y el tubo colector. Este ejemplo no sirvió de estímulo al progreso de la higiene urbana, y fueron necesarios los estragos y las enseñanzas de la pandemia morbo asiática de 1846, para que Inglaterra, fuertemente castigada por el azote del Ganges, acometiera las brillantes reformas sanitarias que tanto han contribuido á la prosperidad y grandeza del Imperio, empezando por dictar el año 1852 la ley que obligaba á surtir de agua filtrada á todos los barrios de la capital. Pero, en definitiva, hasta que Koch, Eberth y Gaffky, en 1880, estudiaron y completaron la biografía del *bacillus typhosus*, y hasta que el primero de ellos descubrió en Egipto y confirmó en la India la causa viva del cólera, ideando el medio de realizar demostraciones tan exactas y objetivas que no permiten la duda, no alcanzó su auge el movimiento reformista de la sanidad urbana, que, entre los beneficios

de los cuarenta años últimos, ha traído el de la depuración en cientos y miles de ciudades.

Realmente, hoy conocemos al detalle el ciclo evolutivo de las infecciones eberthianas, entendiendo por tales todas las formas de fiebre tifoidea y la llamada *forma tifosa* del paratífus. *Nacen en el hombre, las disemina el hombre y al hombre vuelven en una serie continua de círculos tangenciales constituidos por generaciones infinitas de bacilos.* Esta ley deja entrever que el predominio epidemiológico de las infecciones eberthianas, en cualquier momento, depende, ante todo, de la abundancia ó profusión de la simiente entre los pobladores de un país y dentro del medio que habitan. Para formar concepto aproximado de la superabundancia ó, mejor dicho, de la *impregnación tifógena* del solar nacional, basta hacer un sencillo cálculo. En España mueren, por término medio, cada año, 5.000 tifódicos, y atribuyendo á la infección una mortalidad de 10 por 100, probablemente inferior á la real, tendremos que el país soporta un ejército de 50.000 tifoideos en constante renovación. Sabemos que estos enfermos eliminan durante la enfermedad, la convalecencia y meses después, grandes cantidades del germen específico, evaluadas entre un mínimo de 23 millones y un máximo de 259 millones por gramo de materia fecal, y que, además, la cuarta ó quinta parte de ellos expulsa de 100 á 200 millones de bacilos por centímetro cúbico de orina. Pongamos el término prudencial de 100 millones por gramo de excreta, y considerando el número de gramos que los enfermos evacúan en veinticuatro horas y el número de días que la eliminación perdura, para multiplicarlos por 50.000, que es la suma anual de atacados, llegaremos á figurar cifras fabulosas de bacilos que, en lluvia diaria, empapan el suelo de España. Las nubes de langosta que alzando el vuelo oscurecen la luz del sol, dan idea de la magnitud de estas multitudes bacterianas, y ayudan á comprender la trascendencia y el éxito de la fuerza bruta del número en las luchas de la naturaleza. Concorre aquí una circunstancia agravante: la mayoría de los tíficos dejan de ser eliminadores de gérmenes á los tres meses de la enfermedad, otros á los seis y algunos al año; pero hay un 5 por 100 de casos (la mayoría mujeres) que se constituyen en eliminadores permanentes del germen, en fuente inagotable de la materia prima del contagio. Unos disfrutan de excelente salud, otros aquejan afecciones y molestias hepáticas, y todos llevan en su vejiga biliar una incubadora de bacilos que, día y noche, los engendra en incesante actividad; y como tales individuos viven su vida normal, viajan, frecuentan los sitios públicos y las reuniones privadas, asisten á talleres y oficinas ó prestan servicios domésticos y están en contacto continuo con otras personas, inconscientemente esparcen la semilla á los cuatro vientos, en la cocina al preparar los manjares, en los cafés y fondas al servirlos, en las lecherías, en las tiendas, en los mercados y en el círculo de las propias relaciones.

Por eso he dicho que el hombre enfermo, convaleciente ó sano, es el centro de donde irradia el contagio, el cual, desde el centro sólo puede pasar al aire, á la tierra, al agua ó de nuevo al hombre, directamente ó por intermedio de los alimentos y objetos de uso inmediato.

Aire.—Del aire, como vehículo de la fiebre tifoidea, poco hay que decir: su importancia es nula. Existen observaciones, poco numerosas, que tienden á demostrar la producción de casos aislados, por aspiración en una atmósfera contaminada de gérmenes. Aun admitiendo el hecho, carece de interés, por no ser ni haber sido el aire modo frecuente de transmisión ni motivo de epidemias.

Tierra.—Hasta los últimos lustros del siglo XIX, la opinión científica atribuía al suelo, papel preponderante en la

génesis de la fiebre tifoidea. Creíase que la materia orgánica sufría en la tierra putrefacciones y transformaciones que daban lugar á la formación de miasmas causantes de la enfermedad. Esta opinión, que empezaba á retroceder á la luz de los primeros descubrimientos bacteriológicos, adquirió nuevo vigor y lozanía con los estudios del gran Pettenkoffer y las acaloradas defensas de sus discípulos y partidarios. La escuela de Munich propugnaba la idea de que la *materia pecante* y, en último término, el bacilo de Eberth, necesitaba sufrir, antes de convertirse en patógeno, una fase de madurez en los poros de la corteza terrestre y luego llegar á la superficie en ascensos, ya regulares ó ya accidentales, siguiendo las oscilaciones de nivel del agua telúrica. El estudio bacteriológico y epidemiológico de las infecciones, dió al tiste con la teoría localicista de Pettenkoffer, negando, en consecuencia, la participación del suelo en el origen y difusión del cólera y fiebre tifoidea.

Paréceme, no obstante, demasiado absoluta la exclusión total del factor telúrico en la epidemiología de esta última. Sin la pretensión de resucitar la teoría de Pettenkoffer ni aun siquiera en la forma dibilística que sus fieles adoptan para modernizarla y remozarla, imagino yo que el suelo tiene participación importante en la evolución y sostenimiento de las endemias tíficas, y que este hecho se relaciona, íntimamente, con ciertas inveteradas prácticas agrícolas.

A fin de acopiar datos sobre asunto de tanta transcendencia para la profilaxis, el año 1917 realicé algunos experimentos con el intento de averiguar la longevidad del bacilo de Eberth en tierra sometida á diversas condiciones. Debo recordar, á manera de antecedente, la existencia de observaciones relativas á obreros que adquirieron la enfermedad hallándose ocupados en el acarreo de basuras, extracción de pozos negros, apertura de zanjás y remoción de tierras en los centros urbanos, lo que permite suponer que el bacilo puede vivir largos plazos en el estiércol, en la podredumbre de las fosas sépticas y en el subsuelo impregnado de materia orgánica. Empecé por averiguar la supervivencia del germen entregado á sus propias fuerzas, es decir, en terreno privado de materia orgánica, en arena esterilizada á 200°, y mantenida en atmósfera húmeda, y he podido vencerme, mediante resiembras sistemáticas, que el bacilo en tales condiciones sobrevive *cincuenta y cinco días*, muy cerca de dos meses. Después, en plántales al aire libre, sembrados de rábanos, he llevado á cabo dos pruebas: una, inculando el terreno con bacilos antes de sembrar la planta, y otra, á poco de apuntar los rábanos, dándoles el primer riego con agua cargada de gérmenes tíficos. En el primer caso, el bacilo abandonado á la tierra vegetal, en concurrencia y mezcla con otros microorganismos, perdura virulento un plazo de *treinta y seis días*, y en el segundo, ó sea cuando la inculación se verifica por riego en lluvia, persiste vivo durante *treinta días*.

Prescindiendo de experimentos anteriores cuyo valor demostrativo no ofrece garantías, en razón á que la técnica antigua era menos exigente y precisa que la actual, en Julio de 1917 (dos meses después de haber emprendido nuestro trabajo) apareció en Norte América, uno de Mellik, realizado también en condiciones naturales, y cuyos resultados concuerdan con los míos. El autor yanqui no ha llevado á cabo experimentos de irrigación que, en mi sentir, tienen incontestable valor para la explicación de infecciones y epidemias ocasionadas por el consumo de hortalizas y frutos crecidos á ras de tierra; pero en el suelo infectado con deyecciones de tíficos y sembrado luego de lechugas, encontró, por última vez, el bacilo á los cuarenta y un días, plazo

que sólo discrepa en cinco días del segundo de mis experimentos.

Sería desviarme del tema el intento de esbozar aquí las consecuencias que de la longevidad del Eberth se desprenden para la circulación del contagio y la profilaxis de las infecciones tifo-paratíficas. Quede sentado que el bacilo permanece incólume en la tierra muy cerca de cuarenta días y que tratándose de un germen desprovisto de esporas y bastante sensible á la acción de los agentes físicos, estoy tentado á lanzar la hipótesis, poco ortodoxa, de que tal supervivencia, que algunos autores (Levy y Kayser) han visto prolongarse por espacio de cinco meses en el estiércol, se debe no á la facultad de resistir, sino á la facultad de procrear fuera del organismo humano.

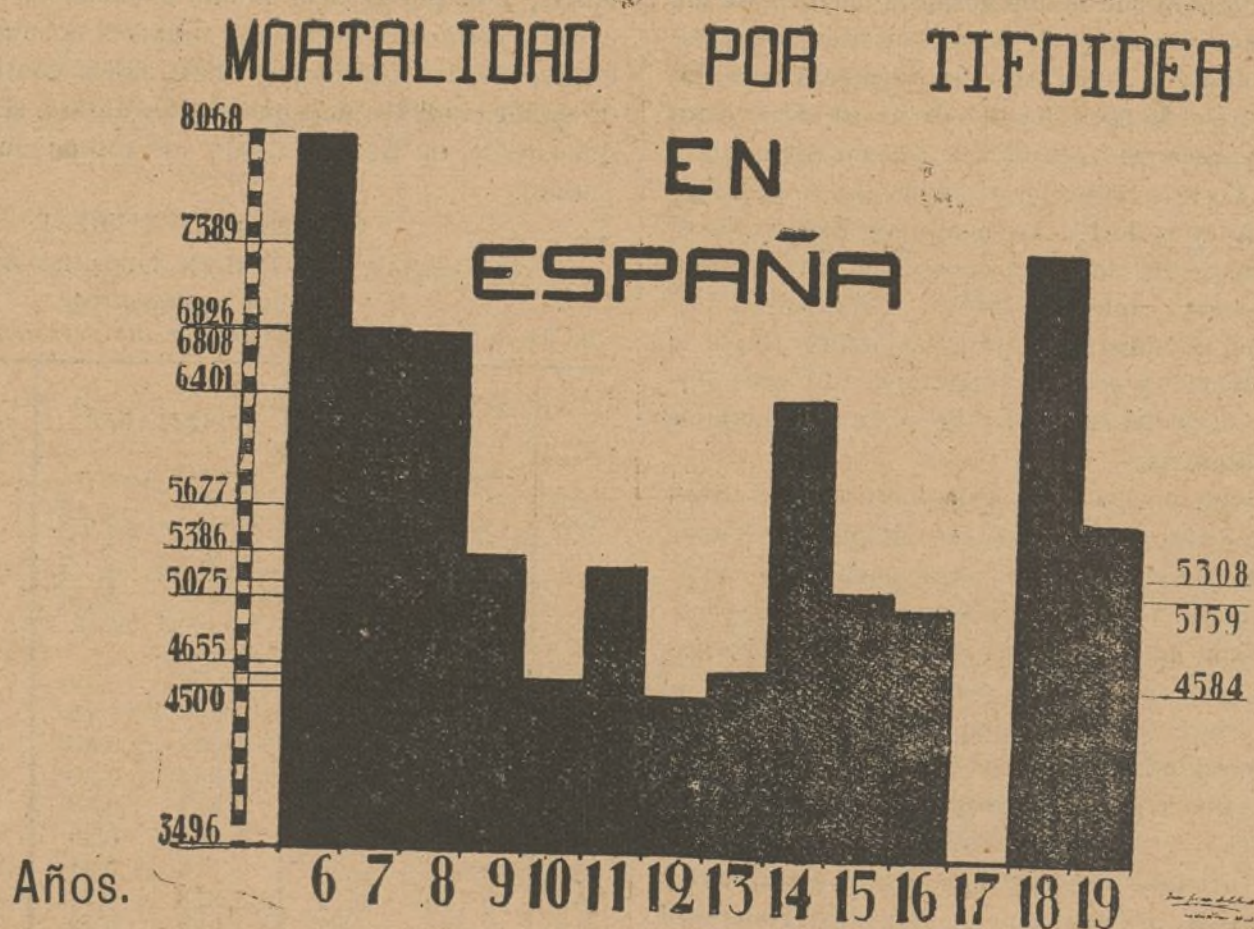
Falta añadir cómo llega al terreno. Prescindiendo de la vía hídrica, del riego con aguas contaminadas, los bacilos llegan al suelo principalmente con el estiércol. Lo he dicho en otra parte: «Todos conocemos la preparación del estiércol en España. La mayoría de nuestras villas y aldeas carecen de retretes y la familia entera acude á la cuadra á juntar sus excrementos con los de las bestias que la ocupan. Y esto lo hacen, no sólo por costumbre á falta de lugar adecuado, sino además, por la avaricia de enriquecer el tesoro de sustancias orgánicas, que luego se traducen en abono. De la cuadra sale el magma compuesto de paja fermentada-residuos de todo género y excretas varios, para formar montones hediondos que más tarde se distribuyen por las tierras de cultivo. Es natural, que si en la familia existen tifódicos ó portadores de gérmenes, con el estiércol irán miriadas de bacilos á difundirse por hazas, huertos y jardines.» Adherido á los frutos de la tierra, para el germen á las poblaciones y de las poblaciones, con las basuras, objetos contaminados y convalecientes que *mudan de aires*, vuelven á las aldeas, donde entretanto el contagio cunde por infección de ríos y pozos y por propagación de casa á casa. «Este mecanismo establecido siglos ha, no puede hallarse mejor calculado para perpetuar los focos endémicos y para mantener la corriente del contagio, desde las aldeas á las ciudades, y desde las ciudades á los campos.» Por eso no es de extrañar que de los 12 millones de marcos invertidos por la Comisión alemana para la lucha contra el tifus, buena parte se destinara á la construcción de 56.000 retretes y de 51.000 estercoleros repartidos entre aldeas y campiñas infectadas.

Basta con lo dicho para justificar la importancia del suelo en la epidemiología de la fiebre tifoidea; y ahora voy á dedicar breves palabras á otro factor, *el contagio directo*, para dejar así deslindado el tema concreto de mi conferencia, aunque para ello haya de prescindir de otros mecanismos de transmisión, como los alimentos (leche, mariscos, etc.) y los insectos, respecto de los cuales conviene no olvidar, aparte de las moscas, el papel de los piojos capiti y vestimentorum, demostrado por el médico japonés Nakao Abe, el cual pudo comprobar la presencia de la bacteria específica en el 75 por 100 de los pediculi sorprendidos sobre la piel de los enfermos.

Contagio interpersonal.—La doctrina del contagio directo ha sufrido altas y bajas en la cotización de los valores que intervienen en la epidemiología de la fiebre tifoidea. Hoy está en alza. A la observación de hechos numerosos, á los cálculos y previsiones fundados en el descubrimiento de los portadores de gérmenes, júntase la prueba de que ellos son los mantenedores universales é implacables del contagio. Si las epidemias hídricas representan las grandes corrientes de difusión, las transmisiones por contacto vienen á ser los cortocircuitos que en incansante y peligroso ejercicio sostienen, avivan y enlazan los focos endémicos. La famosa epi-

demia de las regiones rheniana y del Palatinado, puso de manifiesto que algunas explosiones, como la de Gelsenkirchen, y algunos entre los muchos focos catalogados, eran de origen hídrico, pero que la causa principal de aquel estado infeccioso, tenaz, persistente y prolongado durante lustros, obedecía al contagio mediato ó inmediato. En efecto: la Comisión alemana antes citada, cuyos trabajos constituyen modelo de investigación científica y aplicación sanitaria, siguió la filiación de 10.149 enfermos, para averiguar el origen del

En primer lugar, las epidemias hídricas tienen el carácter de *ataques en masa*, al contrario de las propagaciones por contagio, que yo asimilo al sistema de penetración pacífica, llamado de la *mancha de aceite*, manera de expansión lenta y silenciosa, á partir de un centro, sin solución de continuidad. Y no es lo mismo para la táctica sanitaria batir á un enemigo numeroso que asalta é irrumpe las filas ciudadanas, que actuar contra otro manso y diseminado, que si tiene el inconveniente de no dar la cara, mientras no se



contagio. Pudo lograrlo en 5.889 casos, de los cuales resultaron infectados por contacto, mediato ó inmediato, 4.202 y el resto (1.687) contaminados por los demás mecanismos de invasión (agua, leche, alimentos, letrinas, etc.). Parece, pues, innegable, que la causa principal de la permanencia y difusión de la fiebre tifoidea es el traspaso de la simiente desde el enfermo ó el portador de gérmenes al sano, con mayor participación del portador que del enfermo, ya que el examen de la procedencia del contagio en 402 casos de transmisión directa, mencionados por Uhlenhut, atribuye el 56 por 100 á los portadores y excretores del bacilo, y el resto (44 por 100) á los enfermos.

De acuerdo con estas nociones, en vez de preguntar como antaño, imitando al satírico, ¿quién es ella?, ¿cuál es el agua que ha traído la infección?, precisa inquirir, la mayoría de las veces, quién es él, quién el oculto enemigo sembrador inconsciente del contagio, para en el acto identificarlo y someterlo á determinada disciplina que haga de su condición anómala cualidad inofensiva.

Entrando de lleno en el propósito que me mueve á solicitar hoy vuestra atención, habrá quien piense al oír lo que acabo de exponer, que el agua ha perdido su importancia epidemiológica, suplantada y relegada á segundo término por el nuevo concepto de la transmisión interpersonal. No es esa mi opinión, singularmente en lo que se refiere á España. Concedo que el contagio, mediato ó inmediato, es en la actualidad y ha sido siempre factor de primer orden, largo tiempo menospreciado, de las infecciones tifo-paratíficas, pero no me allano á vindicar la mala fama del agua ni á promover la revisión del fallo que la condena á perpetuas depuraciones.

le arranca el antifaz, tiene la ventaja de pronunciar sus ataques pausadamente y sobre terreno conocido, dando tiempo al apercebimiento y movilización de las defensas. La transcendencia final de ambos mecanismos es también distinta: basta considerar que en una región cualquiera se necesita largo tiempo para que, á razón de un 5 por 100 de los atacados las infecciones por contacto dejen esparcidos 20 ó 30 excretores permanentes, 20 ó 30 manchas de aceite, susceptibles de infiltración progresiva, mientras que las epidemias hídricas, sobre todo la de los centros populosos, provocan en dos ó tres semanas cientos de infecciones, y como secuela, la aparición de docenas de portadores de gérmenes, de donde resulta que aquello que en el primer caso fué obra de años, en el segundo es obra de días.

En segundo lugar, las epidemias hídricas abundan no poco en nuestro tiempo. Son clásicas, por la demostración evidente del origen, algunas ocurridas en lo que va de siglo, como la de Lincoln, en 1905, que produjo 996 casos, y la de Rhondda que dió lugar á 400; la de Gelsenkirchen en 1903, punto de partida de la campaña antitífica del Sudoeste alemán; la de Wandenburg en 1910 y, en fin, otras numerosas, publicadas en Norteamérica, donde á orillas del Ohio, del Missouri, del Potomac, y de los Grandes Lagos, la fiebre tifoidea campa por sus respetos tanto ó más que en España. A todas ellas podríamos añadir la que sufrió Madrid el invierno último, caracterizada por la repetición ó sucesión de típicas explosiones, cuando lo regular, en este género de epidemias, suele ser la existencia de una sola.

Así vemos, en efecto, que en Enero hubo 62 fallecimientos por fiebre tifoidea, en Febrero y Marzo 28 y 37, respectivamente, y en Abril 51, es decir, que la curva dibuja dos

cúspides separadas por el intervalo de dos meses; y si á ellas se agrega otra que apareció en Agosto, con 41 defunciones, y la reciente explosión de otitis, localizada, al parecer, en el barrio de Santa Bárbara, bien puede afirmarse que, durante el año 1920, las aguas de Madrid han ofrecido la triste característica de la contumacia en el abandono de un mal remediable.

Mirando á España, el problema general y el especial de las infecciones hídricas nos coloca en situación harto desventajosa, si se compara con la que gozan la mayoría de las naciones europeas. Durante el último decenio, de 1910 á 1919, la mortalidad por fiebre tifoidea alcanzó cifras que oscilan entre el 22 y el 35 por 100.000 habitantes, cifras cuyo valor solo puede apreciarse recordando que en Alemania y Suiza no pasa de 4, en Inglaterra y Holanda de 5, en Bélgica de 10,4, y en Austria de 12. La media de España, en el período citado, fué de 28, con la circunstancia consoladora de que en el decenio anterior (1900 á 1909) subió á 37 por 100.000, lo cual demuestra un progreso evidente por la cuantía de la reducción y porque, tratándose de plazos largos, no puede ser obra del azar, sino de avances y mejoras en la actuación sanitaria.

Hay, sin embargo, un hecho notable y curiosísimo, revelador de que en España este progreso se cumple al revés, en sentido opuesto al que sigue en los demás pueblos. Era principio aceptado, que los focos más graves, aquellos que contribuyen á nutrir con mayores contingentes las estadísticas de fiebre tifoidea, residían en los centros urbanos, de tal suerte que, hace aún pocos lustros, en el extranjero, las infecciones tíficas predominaban en las urbes sobre los campos, mientras que ahora el campo proporciona sumas mayores que las ciudades. Y es que, implantadas en aquellos países las reformas urbanas, la plaga en cuestión disminuye y tiende á desaparecer. Así consigna el «Registrar general of England and Wales» que la fiebre tifoidea ocasiona en Stokholm y El Haya 1 óbito por 100.000 habitantes; en Edimburgo, 2; en Munich, 3; en Berlín, Viena y Hamburgo, 4; en

Londres, 5; en Rotterdam y Dresde, 6; en Copenhage, 7, y en París, 8.

Contraste amargo con estos índices, forman los que suministra el estudio de las ciudades españolas. La prueba irrefutable de que nuestros Municipios no se preocupan poco ni mucho de la salubridad de las urbes, surge acusado, ya del cuadro núm. 1, donde, á dos columnas, van inscritas la mortalidad de las provincias y la mortalidad de las respectivas capitales. En todas ellas, la capital supera á la provincia, y no por espacio de uno ó dos años, sino durante el decenio completo, hecho que induce á la conclusión de que, en España, las infecciones eberthianas continúan imperando en las ciudades más que en las aldeas, al contrario de lo que sucede en Europa desde los últimos lustros del siglo pasado.

CUADRO NUMERO 1

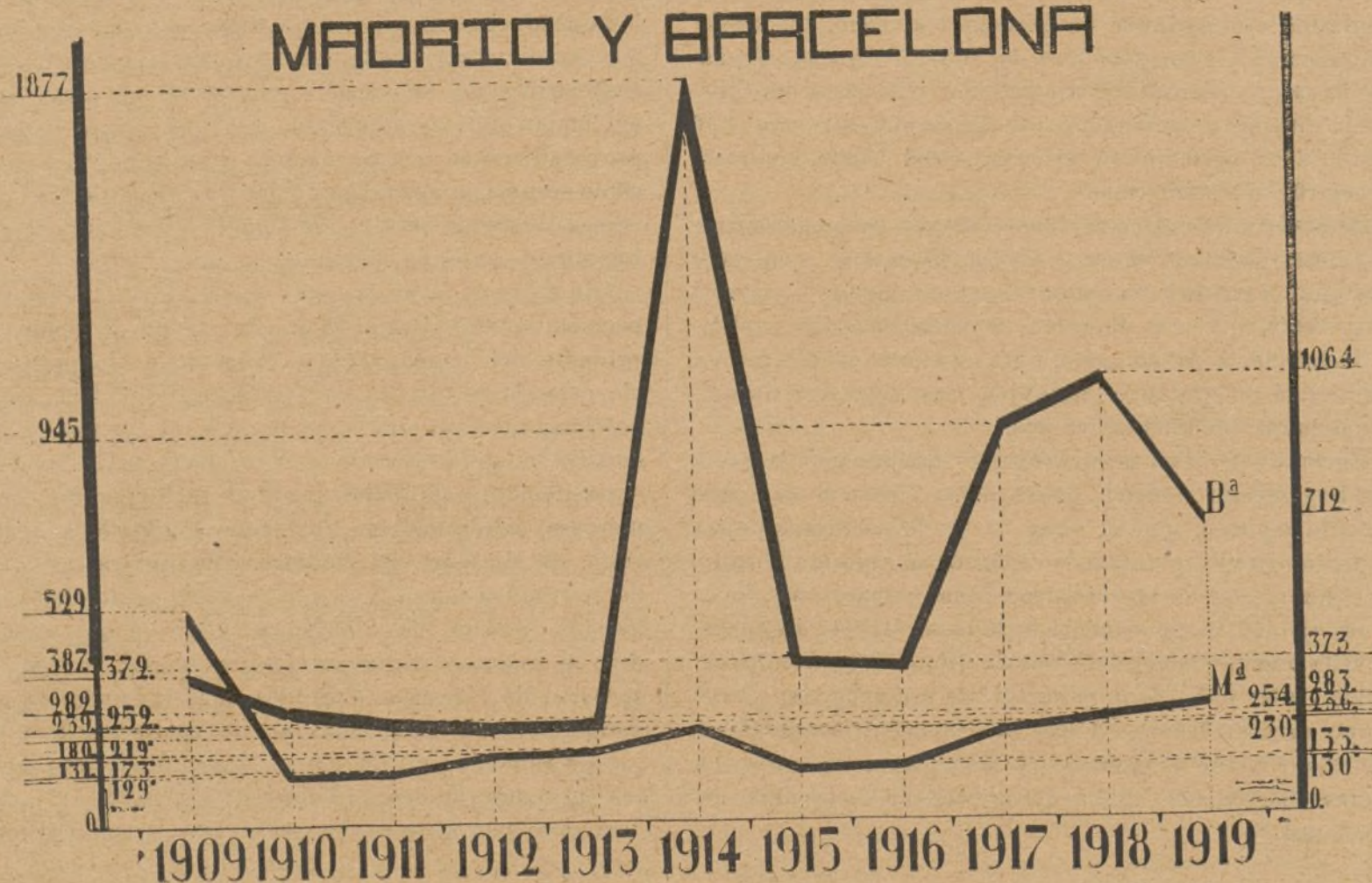
MORTALIDAD POR FIEBRE TIFOIDEA EN ESPAÑA

Estado comparativo de las defunciones registradas en las provincias y capitales.

| Años. | PROVINCIAS sin capitales. | | CAPITALES | | TOTALES de las provincias con las capitales. | |
|-------|---------------------------|--------------------------------------|------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| | Defunciones..... | Mortalidad por 1.000 habitantes..... | Defunciones..... | Mortalidad por 1.000 habitantes..... | Defunciones..... | Mortalidad por 1.000 habitantes..... |
| 1910 | 3.559 | 0,21 | 995 | 0,29 | 4.584 | 0,22 |
| 1911 | 4.339 | 0,26 | 969 | 0,28 | 5.308 | 0,26 |
| 1912 | 3.431 | 0,20 | 1.069 | 0,30 | 4.500 | 0,22 |
| 1913 | 3.672 | 0,21 | 983 | 0,28 | 4.655 | 0,22 |
| 1914 | 3.789 | 0,23 | 2.612 | 0,73 | 6.401 | 0,31 |
| 1915 | 4.090 | 0,24 | 1.069 | 0,29 | 5.159 | 0,25 |
| 1916 | 3.959 | 0,23 | 1.116 | 0,31 | 5.075 | 0,23 |
| 1917 | 2.178 | 0,12 | 1.318 | 0,37 | 3.496 | 0,16 |
| 1918 | 5.806 | 0,33 | 1.583 | 0,43 | 7.384 | 0,35 |
| 1919 | 4.274 | 0,25 | 1.403 | 0,38 | 5.677 | 0,27 |

Ya en este punto, y pasando por alto poblaciones como

MORTALIDAD POR FIEBRE TIFOIDEA MADRID Y BARCELONA



Almería, Tarragona, etc., que son nidos perpetuos de endemias tíficas, fijemos un momento la atención en las dos urbes más populosas de España: Barcelona y Madrid. Su situación se refleja, exactamente, en el gráfico núm. 2. Mientras Madrid—que, ciertamente, no constituye modelo en su categoría—acusa una mortalidad mínima de 20 y máxima de 43 por 100.000, Barcelona sube en la mínima á 39 y en la máxima á 308 con otras intermedias de 115, 152 y 171 dentro del mismo período decenal.

(Se continuará.)

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA TUBERCULOSIS FARÍNGEA ⁽¹⁾

POR EL

DR. JOSÉ MARÍA BARAJAS Y DE VILCHES

Director fundador del Instituto Otorrinolaringológico
de las Siervas de María.

El diagnóstico de las afecciones tuberculosas de la faringe es fácil, sobre todo en aquellos casos de forma secundaria en que la simple exploración clínica general pondrá sobre la pista de la naturaleza de la afección, no sucediendo lo mismo en las formas llamadas primitivas, en las cuales por la ausencia de datos anamnésticos será preciso recurrir á cuantos medios de diagnóstico dispone la clínica y el laboratorio antes de dictaminar el fallo definitivo, practicando no solamente cutirreacciones con antígenos parciales, radiografías, desviación de complemento, etc., bien investigando la presencia del bacilo de Koch en los frottis que hagamos directamente de la ulceración sospechosa, bien mediante inoculaciones en los animales ó por medio de análisis histológicos de algún trozo que pueda ser extirpado, sobre todo cuando la lesión afecte forma neoplásica ó vegetante, por ser entonces fácilmente confundible la lesión, no sólo clínica sino anatomopatológicamente, con las *infiltraciones gomosas sífilíticas*, según no hace mucho tiempo tuve ocasión de observar en una enferma que hube de reconocer en mi consulta, la cual acusaba molestias en la garganta y nariz con gran disminución de permeabilidad respiratoria del lado izquierdo y anosmia incompleta con estorbo á la deglución y sequedad faríngea acentuada por la mañana, por la falta de oclusión bucal durante el sueño, síntomas que venía notando desde hacía algunos meses, pero que se habían acentuado hasta el punto de tener que consultar.

Tratábase de una señora de veinticuatro años, de buen estado constitucional, casada desde hacía un año, sin haber tenido descendencia y sin más síntomas generales que un ligero estado de anemia, sin otra manifestación clínica que una leucorrea abundante y desnutrición acentuada desde que se iniciaron sus molestias en la garganta, ó sea hacía ocho meses. Sin ningún otro dato anamnéstico digno de interés, procedí á la exploración clínica no apreciando nada por rinoscopia anterior que justificase la absoluta impermeabilidad respiratoria, pues únicamente pude notar un ligero estado fluxionario de la mucosa de los cornetes, con al-

guna hipersecreción de moco, pero que en modo alguno obstruía la luz respiratoria hasta el punto de justificar las molestias que acusaba la enferma. Continué el reconocimiento de boca y faringe, no observando nada anormal hasta que casualmente al practicar la enferma un movimiento involuntario de deglución, los constrictores de la faringe propulsaron unos mamelones carnosos en el lado izquierdo, que cuando la pared faríngea estaba en relajación, se escondían detrás del pilar posterior y comprobando su propagación hacia la parte alta de la faringe escondiéndose detrás del cavum.

Descubierta esta neoplasia y elevado el diafragma palatino comprobé la extensión de la tumoración hasta la apófisis basilar granujienta y sangrante al menor contacto, pero poco dolorosa.

En virtud de los datos recogidos completados por los subjetivos de cefalea pertinaz, epistaxis y neuralgias en el territorio del trigémino hiciéronme pensar en una lesión sífilítica, criterio que no admití de un modo terminante, no sólo por los antecedentes negativos, sino por el resultado contrario de dos reacciones de Wassermann que en períodos diversos la habían practicado.

En esta situación y previos los cuidados y anestesia oportuna, extirpé un pequeño trozo para su análisis que ejecutó un distinguido histólogo, el cual manifestaba en su informe, que el producto estaba constituido por acúmulos de células gigantes, entre las cuales existía una infiltración de células redondas y recubierto por un epitelio pavimentoso, afirmando tratarse de un tuberculoma.

Notablemente sorprendido por el resultado del análisis tan en contra del juicio clínico formado, y á pesar de los Wassermann negativos y análisis tumoral, aconsejé á la enferma, á título de medicación de prueba, los *reparados iodurados*, utilizando el jarabe de Giber, y en efecto: la mejoría no tardó en presentarse, reduciéndose cada vez más la tumoración y cicatrizándose aquella superficie sangrante, hasta el punto de desaparecer totalmente, presentando la cavidad faríngea completamente normal y hallándose á los quince días clínicamente curada de la afección que la obligó á consultar.

Por este caso podemos ver confirmado la gran analogía entre las lesiones tuberculosas y las sífilíticas, capaces de conducir á un diagnóstico erróneo, lo mismo al clínico que al histólogo, y que inducen á pensar en la influencia que habrá ejercido en las estadísticas de auténticas tuberculosis primitivas de la faringe casos como el presente, en el cual un sencillo tratamiento de prueba contribuyó á establecer un diagnóstico, después de haber sido incluida dicha enferma entre las tuberculosas y propuesta por un especialista para un régimen sanatorial.

Es indispensable, por tanto, en situación como la presente, antes de tomar determinaciones intempestivas, aquilatar bien todos los síntomas y datos de observación para darles la interpretación adecuada, desechando prejuicios de investigaciones anteriores, que bien por la imperfección de la ejecución, ó bien por las condiciones biológicas del enfermo en el momento

(1) Véase el número anterior.

de aquel análisis, conduzcan á un resultado de desorientación diagnóstica, que en este caso, como en otros muchos, la clínica se ha encargado de subsanar.

La terapéutica de las afecciones de la faringe podemos dividirla en local y general; la primera es peculiar del especialista, la segunda pertenece á la medicina general, y sobre todo, á la fisiología, por más que dado el estado actual científico, tanto el laringólogo, como el oftalmólogo, y en general, todos los especialistas están obligados á manejar dentro de su campo todos aquellos recursos terapéuticos para tratar las manifestaciones locales dependientes de un estado patológico general.

En la forma de *tuberculosis miliar aguda*, la medicación tiene que ser como tratamiento local esencialmente calmante, utilizando cualquiera de las fórmulas corrientes á base de cocaína ú olocaina, hielo y alimentación fría, siendo el más práctico modo de aplicación la pulverización anestésica, sobre todo antes de alimentarse el enfermo.

Como tratamiento curativo tópico, preciso es recordar la acción electiva que sobre los tejidos tuberculosos tiene el ácido láctico que utilizamos en toques sobre los nodulitos ulcerados previa cocainización, en soluciones concentradas progresivamente hasta utilizar el medicamento puro.

En la tuberculosis crónica secundaria de forma ulcerosa, puede emplearse localmente el ácido piroleñoso, que actúa más intensamente que el láctico, sobre todo cuando los tejidos están profundamente alterados, modificación que también hemos observado con el iodoformo, que además de su acción antiséptica, constituye uno de los mejores sedantes del dolor de estas lesiones.

Aun cuando también están indicadas en estas lesiones, como en las laringeas, la aspiración de medicamentos pulverizados por medio de los lanzapolvos especiales para la faringe, no me declaro partidario de esta forma de administración medicamentosa en las lesiones faríngeas, por formarse verdaderos conglomerados del medicamento que producen, aparte de las molestias mecánicas por la sensación de cuerpo extraño allí detenido, trastornos digestivos por la fácil deglución de esas costras constituidas por las medicinas y los productos de secreción y de destrucción orgánica de las lesiones. En los casos que hemos tratado por helioterapia, no pudimos observar alivio ninguno.

En la forma tuberculosa vegetante, seguramente la extirpación de las vegetaciones en la infancia constituye la principal terapéutica profiláctica de la fimia faríngea, que como indicaba en otro lugar de mi trabajo, siempre hubo de constituir campo de profundos estudios el conocimiento del papel fisiológico que ha de desarrollar el tejido linfático de la faringe, que su hiperplasia ya Hipócrates la estudió cuatro siglos antes de nuestra era, describiendo los síntomas de la enfermedad, y posteriormente son conocidos los trabajos de Duytren, Robert, Vidal de Casis, Juersent y Lambron, pero en justicia hay que reconocer que éstos no encontraron más que la hipertrofia del anillo linfático en su

porción visible directamente, es decir, debajo del velo del paladar, puesto que ni siquiera mencionan en sus escritos la existencia de la tercer amígdala descrita anatómicamente por Gerlach la primera vez y después por los ya citados en otro lugar de este trabajo, además de Czermak en el año 1860, y Voltolini, Clarke y Loewenberg en 1865.

Entre los modernos medios de tratamiento de las lesiones faríngeas tuberculosas de forma hipertrófica como igualmente de las manifestaciones luposas, tenemos la radiumterapia, habiéndola utilizado personalmente en un caso de lupus de la pared posterior de la faringe y cavum.

Era una enferma de diez y siete años que padecía desde hacía dos un lupus tuberculoso primitivo que había empezado detrás del pilar posterior izquierdo análogamente al caso citado por Brindel, que se extendía á la pared lateral y posterior de la faringe produciendo una ligera disfagia, siendo su aspecto grisáceo con la superficie granulosa de aspecto muriforme.

Descartada en absoluto la sífilis no sólo clínica, sino serológicamente, establecí el diagnóstico antes citado.

Siguiendo los consejos de Dominici, Trimolieres, Einhorn, Abbee, Desgrais, etc., utilizaron los rayos Gama y Beta duros utilizando un filtro de platino de medio milímetro de espesor y otro de plomo de un milímetro recubierto de caucho.

Hube de emplear 45 miligramos de bromuro de radium en cada aplicación, sirviéndome de mi aparato portarradium faríngeo y durando la primera aplicación dos horas, observando fuerte reacción á las veinticuatro horas, que fué cediendo y tomando las lesiones aspecto de franca granulación cicatricial, repitiendo la sesión á los ocho días en la misma forma y observando los efectos reaccionales más atenuados haciendo más frecuentes las aplicaciones (dos por semana) acentuándose la cicatriz de las lesiones hasta su total desaparición á las seis semanas de tratamiento, con un total de veintinueve horas repartidas en once sesiones.

En los lupus faríngeos propagados á epiglotis he utilizado la radiumterapia, desapareciendo la infiltración, aunque siempre en los casos que he visto, coexistía tuberculosis pulmonar que terminó fatalmente.

Como tratamiento curativo de estas lesiones quirúrgicamente, remitimos al lector á los numerosos tratados de cirugía de la especialidad en que se detallan estas intervenciones que harían interminable este trabajo.

Cuando estas vegetaciones asientan en la bóveda faríngea y su volumen no es muy grande, recurrimos á la galvano cáustica mediante el adenotomo-galvano-cáustico de Rousseaux.

Por último, he de mencionar la acción benéfica de los rayos X, llevados hasta la faringe por medio de aparatos especiales y que le ha permitido á Tanturri observar su benéfica acción después de algunos días del tratamiento.

La segunda parte de la terapéutica de la tuberculosis faríngea está encomendada al tratamiento común á todas las manifestaciones generales de idéntica natu-

raleza; así, pues, la sobrealimentación bien entendida y el régimen higiénico dietético, constituirán las bases más importantes del tratamiento, el cual, siempre que el enfermo reúna condiciones adecuadas, se debe completar con la inmunización activa, evocando el nombre de Bernhard Fraenkel como introductor de la tuberculoterapia en el terreno de la laringología, el cual supo mantener el valor de este precioso agente terapéutico á través de la etapa tan desgraciada que sufrió á raíz de su descubrimiento, ocupando actualmente este arma tan poderosa uno de los primeros puestos en la terapéutica, no sólo de la tisiología general, sino entre las especialidades de oftalmología, dermatología, otorrinolaringología, etc., según pueden atestiguarlo las alentadoras estadísticas alemanas y entre ellas las de Fritz Meyer que han permitido vislumbrar un rayo de esperanza de que acaso un día no muy lejano la Humanidad pueda ser redimida de la peste blanca, esfuerzo noblemente intentado por nuestro insigne Ferrán, que á manera de Benjamín Jestý en el año 1774 al practicar á su mujer y á sus hijos las primeras inoculaciones de la linfa antivariólica, descubierta hacía algún tiempo por Jenner, logró redimirlos de la grave dolencia que por aquel entonces diezaba á la Humanidad, pudiendo figurar el nombre de nuestro sabio español unido al de los anteriores, grabado en letras de oro en los anales de la terapéutica profiláctica y de la investigación científica.

Así, pues, siguiendo las instrucciones de Meyer, debe aconsejarse á los enfermos, siempre que las condiciones patológicas lo consientan, la inmunización por tuberculoterapia, y especialmente por la emulsión bacilar de Koch, habiendo Kraus defendido valientemente este tratamiento en la Sociedad de Medicina interna de Berlín, y estando hoy día aceptado por numerosos especialistas, en tanto no se completan los estudios de inmunización tuberculosa por antígenos parciales.

Ultimamente, después de la comunicación de Bosan y Balvay á *The Royal of Medicine* en Abril de 1919, he utilizado su tratamiento de inmunoterapia, siguiendo su técnica de utilizar las inyecciones previas intraqueales de aceite gomenolado al 5 por 100 durante varios días para purificar los esputos, descartando la flora microbiana sobreañadida, inyectando posteriormente por la misma vía la vacuna constituida por las toxinas y productos contenidos en la cubierta cérica del bacilo de Koch, remitiendo al lector al trabajo de estos autores.

En el caso estudiado tratábase de una tuberculosis cavitaria bilateral con grave estado infectivo y con manifestaciones miliare faringolaringeas. Sometida á dicho tratamiento durante dos meses y examinados los esputos repetidas veces, no pude hallar alteración en la morfología bacilar ni disminución del número de los gérmenes, sucumbiendo la enferma por una miocarditis y difusión aguda de las lesiones pulmonares, aunque debo hacer constar que las lesiones de laringe y faringe mejoraron.

Pienso seguir estudiando este tratamiento antes de

considerarlo entre los numerosos utilizados anteriormente sin resultados satisfactorios.

CONCLUSIONES

1.^a Los casos observados en mi consulta de otorrinolaringología han sido consecutivos á tuberculosis pulmonar y laríngea y siempre la tuberculosis faríngea producida por el bacilo de Koch.

2.^a La infección puede ser primitiva ó secundaria, no pudiendo hacer esta división de un modo absoluto nada más que clínicamente.

3.^a La patogenia de la tuberculosis faríngea primitiva, es por contagio directo con el aire inspirado capaz de arrastrar el bacilo de Koch.

4.^a La patogenia de la tuberculosis faríngea secundaria consiste en el fácil contacto directo mediante los esputos infectados, si el órgano enfermo primeramente es el pulmón ó bronquios, aceptandolas vías linfática y sanguínea como portadores del germen cuando la afección recae primeramente en el aparato digestivo ó piel.

5.^a El diagnóstico de estas lesiones hay que establecerlo en las formas primitivas por la exploración clínica, pudiendo confundirse con las lesiones terciarias sifilíticas, sobre todo en su forma vegetante, recurriendo á la biopsia, Wassermann, inoculaciones, frotis y cutirreacciones en los casos de dudas.

6.^a La medicación puede ser sintomática, sobre todo en las formas dolorosas, mediante los anastésicos locales utilizados por embadurnamiento ó pulverización; ó curativa, utilizando preferentemente sobre los demás tópicos, el ácido láctico y el iodoformo, sin que esto suponga la exclusividad de esta medicación, dada la variada terapéutica médica local de esta afección.

7.^a En las formas ulcerosas hemos ensayado la cura de sol, sin haber observado variación en la marcha de la enfermedad.

8.^a En las formas vegetantes empleamos la cirugía dentro de sus cortos límites en esa región, continuando el tratamiento por cauterización galvánica.

9.^a La radiumterapia nos presta excelentes resultados en las formas vegetantes difusas imposibles de extirpar, y en las luposas utilizando nuestro instrumental para la faringe que permite poner el manantial radioactivo en contacto con el sitio hiperplasiado.

10.^a Utilizamos los rayos Gama y Beta con filtros de un milímetro de plomo, papel negro y caucho, con una dosis de 45 miligramos de bromuro de Radium en sesiones de dos horas cada cinco días, habiendo observado desinfiltración de las regiones luposas y reducción de las más vegetantes, teniendo una observación de lupus faríngeo curado en esta forma.

11.^a El tratamiento local debe ir acompañado siempre del tratamiento general higiénico dietético, utilizando siempre que el enfermo reúna las condiciones adecuadas, la inmunización activa utilizando preferentemente la Emulsión bacilar de Koch aunque siempre con dosis atenuadísimas que evite reacciones tanto locales como generales, no habiendo tenido que suspender el tratamiento en ningún caso en que encontramos esta indicación.

12.^a El método de Bossan debe ensayarse en las tuberculosis faríngeas siempre que por las condiciones del enfermo no pueda ser empleado otro tratamiento, aunque puede ser compatible con todos los citados.

Casos interesantes de empleo del «Adrenoserum»

POR EL

DR. ARTURO PERERA

Este preparado, verdadero acierto en Terapéutica y cuyo fundamento científico ofrece todas las garantías que le harán de empleo utilísimo ahora y en lo sucesivo, ha sido empleado por mí en muy numerosos casos, en todos ellos con notabilísimos buenos resultados. Como quiera que algunos son por su gravedad bien expresivos en cuanto á la eficacia, en casos de urgencia unos, y de compromiso clínico los otros, me complazco en hacer una sucinta historia clínica de cada uno, para que puedan servir de pauta en casos análogos, que frecuentemente se suelen presentar en la práctica.

1.^{er} caso.—Ejemplo de estupor postoperatorio por septicemia y pobreza orgánica en el enfermo. Se trataba de un sujeto (treinta y ocho años), natural de Cartagena, que, cuando le ví, presentaba un sarcoma melánico en la pierna izquierda (tercio superior), ulcerado, supurante y sangrante, en donde se había practicado una extirpación parcial, casi inmediatamente seguida de recidiva. Hacía seis meses que el enfermo presentaba ulcerado el tumor (ó los tumores, pues eran dos las tumoraciones que constituían la neoplasia) y casi simultáneamente, el paciente presentó accesos febriles, en particular vespertinos, que eran cada vez más elevados y que ningún día faltaban. No podía últimamente alimentarse sino con leche y alguna que otra yema, en poca cantidad y peor digeridos. Cuando le ví, ofrecía un lamentable aspecto, escuálido, amarillo y con un débil pulso, hasta tal punto, que casi vacilé en practicar la amputación (tercio medio) del muslo que estaba indicada. Sin embargo, opté por ello, en vista de lo que de responsabilidad moral alcanzaba de no intentar salvar aquella vida para su familia harto numerosa.

Practiqué, pues, la operación, encontrando los tejidos en regular estado, pero el paquete vasculo-nervioso reblandecido, por así decir, y los vasos tan friables, que tres veces tuve que ligarlos. Rápida la operación y relativamente poca la cantidad de cloroformo empleada (60 gramos), no evitó que, si bien el despertar fuese rápido, el período posterior fuese alarmante, por la adinamia que presentaba, los vómitos tenaces, la hipotermia, sudor, etc., además de una acentuada ictericia. En este estado, á las cuarenta y ocho horas, y no bastando á sacarle de él el suero fisiológico y el aceite alcanforado, recurrí al *adrenoserum*, entonces recientemente lanzado al mercado, y ya á las pocas horas (dos y media) de inyectado, pude observar una franca reacción en el estado del individuo, elevándose la tensión del pulso y la temperatura (á 38°,2) cesando el sudor y poco después los vómitos, recobrando el color y, en fin, prometiéndome, como así fué, una duradera reacción que pudo

permitir la curación, que se terminó con el tratamiento vacunoterápico.

En este enfermo, en estado de infección profunda, adinámico y además intoxicado por el cloroformo, los efectos no pudieron ser más ostensibles.

2.^o caso.—*Estupor traumático*.

Unas señoras, víctimas de un choque de automóviles, son asistidas por mí en pleno estupor. Con heridas y contusiones múltiples una de ellas y hemorragia auditiva alarmante, no reaccionó al suero cafeinado y si y en breve tiempo, á una inyección de «Adrenoserum». La otra que sufrió luxación del hombro derecho y fractura de dos costillas, aún presentaba peor aspecto con una desigualdad respiratoria y una hipotermia acentuada; inyección de primera intención de «Adrenoserum» y restablecimiento notable de la tensión y temperatura (37°,2) en cincuenta minutos.

Casos bien expresivos de estupor traumático en donde encuentro notablemente indicado el suero (accidentes ferroviarios, automovilistas, *cornadas graves*, etc.).

3.^o *Paludismo grave. Anemia*.

Enferma en su cuarto mes de paludismo de forma grave (Alicante). Llamado á consulta para esclarecer diagnóstico (presentaba además un flemón incipiente perirrenal), dado el estado precario de la misma, por elevar las temperaturas, y desnutrición acentuadísima, prescribí el «Adrenoserum» del que se aplicaron 3 ampollas en diferentes días con magnífico resultado, sin presentar fenómenos anafilácticos, que ulteriormente presentó al inyectarle suero antineumocócico.

Caso interesante de anemia infecciosa y desnutrición.

4.^o *Colelorragia (quiste hidatídico). Bronconeumonía*.

Se trataba de un quiste hidatídico, enorme, de hígado (cara convexa) en el que tuve, contra mi costumbre, que marsupializar por encontrarme millares de hidátides nadando en un líquido seropurulento con restos mucilaginosos sin duda de antiguas membranas, curso postoperatorio excelente saliendo para su casa de la clínica al octavo día y pudiendo levantarse en seguida. Esto no obstante, al 12.^o día comenzó á acentuarse la colelorragia que ya presentaba, pero en unos términos tan alarmantes que pasaba de un litro la cantidad de bilis que perdía en veinticuatro horas. Ocasión hubo en que llegó á 1.323 c. c. En este estado, por una imprudencia (le sorprendió la lluvia sin poder guardarse), sufre una bronconeumonía y se acentúa su mal estado, al punto que me inspiró muy serios temores. Aplicada la terapéutica oportuna, nada nos valía, siendo cada vez peor su estado. Inyecté en dos ocasiones sendas ampollas de «Adrenoserum» y el resultado como siempre no se hizo esperar, y caso extraño, y del que no alcanzo bien la explicación: la colelorragia disminuyó después de cada inyección y al presente la enferma, ya repuesta, apenas presenta sino una insignificante fístula apenas exudante.

Caso interesante de caquexia por la enorme pérdida de bilis: complicación con infección aguda y grave.

5.^o *Ahogados*.

Individuo que bañándose en playa del Norte de



España es arrastrado por un remolino y no puede llegar á la playa, permanece en el mar haciendo inauditos esfuerzos más de media hora, y es extraído á punto de fallecer, cuando ya flaqueaban sus fuerzas y se hundía. Puestos en práctica los recursos del caso y logrado el restablecimiento de la respiración, nada le hacía reaccionar, siendo cada vez más débil el pulso y más baja la temperatura, que llegó á un estado notable de algidez. Una inyección de «Adrenoserum» le beneficia tan rápidamente, que no necesitó una segunda, encontrándose al día siguiente en posibilidad de reanudar su vida, al paso que un amigo que con él corrió el mismo peligro, vuelco de la lancha en que iban, mejor nadador y más resistente por ser de complexión más robusta, y que más pronto recobró el conocimiento, después de ofrecer menos alarmante algidez, no pudo encontrarse en aptitud para levantarse y reemprender su vida sino tres días más tarde, á causa del gran quebrantamiento que en él persistía, traducido por una acentuadísima hipotensión.

Caso curioso de agotamiento por fatiga y enfriamiento.

Estos casos que he escogido por su variada significación, pueden servir de norma en el enorme número de casos en que haya que atender á sujetos empobrecidos por una infección, por una intoxicación, por anemia, por caquexia, por estupor traumático y por agotamiento de fatiga y frío.

Periódicos médicos.

APARATO DIGESTIVO EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Úlcera de la segunda porción del duodeno. Contribución á la semiología objetiva clínica y radiológica basada en 18 casos, por G. Parturier y J. Aimard.**—En la hora actual, la semiología objetiva de la úlcera duodenal parece estar contenida toda ella en la radioscopia. De los numerosos signos radioscópicos propuestos, la mancha residual es la que tiene valor más decisivo, pero es bastante rara. Al lado de ella, por orden de importancia se colocan: la hiperquinesia gástrica con evacuación rápida del estómago, que tiene un gran valor cuando como es frecuente se observa en ptósicos con estómagos alargados que se hubieran creído atónicos á primera vista. Fuera de los estados patológicos, la proyección de la segunda porción del duodeno varía según las formas tan diversas del órgano, pero que pueden agruparse en dos tipos: angular (cuadrilátero, en V ó en U) y anular. En el *tipo angular*, la segunda porción se proyecta clásicamente bajo la forma de una banda vertical de 3 á 4 centímetros de anchura que baja á lo largo del borde externo del músculo recto externo, á unos 5 centímetros de la línea media, entre dos planos horizontales que pasan: el superior, por la extremidad anterior de la octava costilla por delante y la primera vértebra lumbar por detrás; el inferior, á dos traveses de dedo por debajo de las crestas ilíacas al nivel de la parte superior de la quinta lumbar. La *forma circular* del duodeno puede reducir mucho esta zona accesible de la segunda porción, hasta el borde externo del recto, correspondiendo el punto tangencial á unos dos traveses de dedo por cima de las crestas ilíacas. Los autores han intentado fijar una topografía duodenal, con relación á puntos fijos y precisos; para ello han imaginado un ombligo ideal representado por el

medio de la distancia que separa la parte más elevada de las crestas ilíacas. De este ombligo ideal parten tres líneas; una va á la octava costilla, por dentro de la vesícula, al recodo superior del duodeno; otra va á la espina ilíaca antero-superior y pasa (en posición acostada) á nivel ó por bajo del codo inferior del duodeno; la línea más importante va á la extremidad anterior del décimo arco costal y cruza en la parte media la porción vertical descendente del duodeno. Las observaciones de 18 casos permiten concluir á los autores, que en el 80 por 100 de los casos, la úlcera duodenal de la segunda porción puede acompañarse de ptosis gástrica, y en el 50 por 100, de ptosis ó de descenso duodenal. En los radiogramas el codo superior se encuentra á tres y hasta cuatro traveses de dedo por bajo de la extremidad anterior de la octava costilla (en bipedestación). Estas modificaciones de la estática abdominal unidas á las deformaciones de la pared, hacen que sean inconstantes las dos primeras líneas de referencia, pero la línea umbilico-décima costilla, conserva casi siempre su valor en el sentido de que cruza la dirección de la segunda porción del duodeno en un sitio más ó menos alto, según el grado de ptosis ó de elevación del órgano. El punto de cruce, que corresponde normalmente á la mitad de esta línea, se encuentra más hacia adentro en los casos de ptosis y corresponde prácticamente entonces á la unión de su tercio interno con el tercio medio; la presión del dedo en estos puntos, estando el sujeto acostado, puede despertar un dolor en casos de duodenitis, de periduodenitis ó de úlcera. Al trabajo acompañan dos figuras. (*Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôpitaux*, núm. 41, 6 de Enero de 1921).—LUENGO.

HIGIENE Y BACTERIOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las infecciones de meningococos y su tratamiento por la bacterioterapia, por L. Tixier y Rochebois.**—En la meningitis cerebro-espinal y en las diferentes localizaciones del meningococo, como en la mayor parte de las enfermedades microbianas, la curación sólo se logra cuando el organismo está vacunado contra el germen que le ha invadido. Esta vacunación puede efectuarse sin intervención de una terapéutica específica, como sucedía en los casos de curación antes del descubrimiento de la seroterapia, pero se obtiene más rápidamente cuando se utiliza la vacunación pasiva con el suero antimeningocócico. La vacunación activa ó bacterioterapia ha dado todavía resultados inesperados en casos donde fracasó la sueroterapia. Las causas de los fracasos de la seroterapia son diversas, unas conocidas y otras no. Se sabe que cuanto más tarde se aplique el suero tiene menos probabilidades de dar resultados, pero en casos de aplicación precoz fracasa el suero por existir tabiques que impiden la penetración del suero á los ventrículos cerebrales por ejemplo. Otras veces es porque se trata de una localización parameningea ó extrameningea por tratarse de una septicemia meningocócica; y otras porque el agente causal es un meningococo atípico de los cuales se ha observado un gran número durante la guerra; el suero no ejerce gran acción en las meningitis por parameningococos como en las asociaciones microbianas. La meningitis del niño de pecho es la que ofrece mayor resistencia á la seroterapia, de todas las meningitis cerebro-espinales, sin duda por la mayor facilidad con que se producen tabicamientos. Aunque la seroterapia siga siendo el tratamiento de elección, hay que conocer otros medios de tratamiento para aplicarlos en aquellas ocasiones en que aquella fracase. Entre ellos la bacterioterapia debe ocupar un lugar predominante, porque no es cierto que obre menos rápidamente que el suero y además

porque puede obrar aún en los casos tardíos en los que generalmente el suero queda sin efecto, como lo demuestran las observaciones de diversos autores, citadas en el presente trabajo y otras personales. La aplicación de la bacterioterapia exige ciertas nociones indispensables. *Preparación de la vacuna:* aunque se pueden utilizar las stock vacunas, sean mono ó polivalentes, es preferible preparar la autovacuna emulsionando los bacilos vivos lavados varias veces en suero fisiológico y poniéndola á 50° durante media hora; la emulsión madre se dosifica á 1.500 millones por centímetro cúbico. *Técnica de la bacterioterapia:* las dosis iniciales serán de 200 á 400 millones para el niño de pecho; de 500 á 1.000 millones para los niños y de 1.000 á 4.000 millones para los adultos. Las dosis máximas serán de 1 á 2.000 millones en el de pecho y de 40 000 millones en los niños y adultos; con frecuencia es inútil llegar á dosis tan elevadas, pues bastan generalmente 12.000 millones como dosis máxima. Se harán inyecciones de dosis fuertes y repetidas sin ningún inconveniente, según la gravedad del caso. Unos autores, la mayor parte, hacen las inyecciones subcutáneas en la región del omoplato; otros las hacen intravenosas; otros, en fin, dividen en 10 á 40 fracciones la dosis vacinal y las reparten en diferentes regiones del cuerpo. Las reacciones locales y generales son nulas ó casi nulas si se sigue una buena técnica. Los resultados de la vacunoterapia á veces son nulos, porque el individuo es refractario á la vacunación activa y á la pasiva; pero en otras ocasiones, como en una observación que publican los autores, los resultados son maravillosos y rápidos y en general siempre buenos. — (*Gazette des Hôpitaux*, número 9, 29 de Enero de 1921).—LUENGO.

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La crisis hemoclásica por ingestión de azúcar en los diabéticos, por F. Widal, P. Abrami y N. Laconvesco.**—La ingestión en ayunas de hidratos de carbono, que aun á fuertes dosis no determina en los individuos normales ninguna crisis hemoclásica, la provoca, por el contrario, á dosis débiles y á veces hasta mínimas, en la mayor parte de los sujetos diabéticos. Este hecho, no solamente pone en evidencia un fenómeno biológico inesperado, sino que introduce además en la semiología de la diabetes, un estigma humoral, cuya investigación y comprobación son fáciles. En la mayor parte de los diabéticos basta para provocar la hemoclasia, la dosis de 20 gramos de glucosa; así se obtienen el 84,5 por 100 de reacciones positivas. En casos excepcionales se pueden necesitar 50 y 100 gramos; pero también hay otros en que la dosis mínima es muy pequeña. La técnica de la prueba es la misma que para la hemoclasia digestiva de los alimentos proteicos. Después de haber establecido, estando el enfermo en ayunas desde la *vispera por la noche*, la cifra de la leucocitosis, por el examen hematimétrico de una gota de sangre recogida en el dedo inmediatamente antes de la prueba, se le administran 20 gramos de glucosa disueltos en 200 c. c. de agua y se repite la numeración de los leucocitos cada veinte minutos, durante hora y media. A los veinte minutos se ve aparecer ya la leucopenia característica de la crisis hemoclásica, que alcanza la cifra más baja veinte minutos más tarde; al cabo de una hora ú hora y media, reaparece la cifra inicial de la leucocitosis, que después aumenta más, es decir, que sucede una leucocitosis reaccional á la leucopenia. La intensidad de esta última es variable, y generalmente llega á cerca de la mitad de la cifra de glóbulos blancos. Cuando se hace ingerir al enfermo la dosis mínima para provocar la hemoclasia, la crisis puede estar apenas marcada y

con las dosis inferiores á la mínima, ó bien no se modifica la leucocitosis, ó por el contrario, hay hiperleucocitosis. Por otra parte, la crisis en los diabéticos no está constituida solamente por la leucopenia, sino también por los otros estigmas característicos de la crisis hemoclásica, hipercoagulabilidad sanguínea, hipotensión arterial. La hemoclasia en los diabéticos no se provoca solamente por la glucosa; se obtiene también con la sacarosa, lactosa y levulosa, pero estos azúcares no poseen igual poder para determinarla. Las observaciones de los autores demuestran que con la glucosa es con el azúcar que á dosis más pequeñas se provoca la hemoclasia; después viene la sacarosa; la levulosa y la lactosa necesitan cantidades más considerables. Las dosis de sacarosa necesarias para provocar la crisis se aproximan sensiblemente á las de glucosa, y, por tanto, cuando falte ésta, se puede efectuar la prueba con 20 gramos de sacarosa que, como se sabe, es el azúcar comercial. Además, las dosis más débiles de cada azúcar, capaces de producir la crisis, difieren según los diabéticos; estas diferencias no corresponden á la gravedad de la diabetes. Sería interesante buscar para cada diabético, si estas variaciones no están, por el contrario, en relación con el poder de utilización de los diversos azúcares por el organismo. La hemoclasia producida en los diabéticos por la ingestión de los azúcares no está ligada á la *hemoclasia digestiva* provocada por la ingestión de alimentos albuminoideos, como puede hacerlo pensar la frecuencia de los trastornos hepáticos en el curso de la diabetes. Tampoco existe ninguna relación obligada entre la hemoclasia por los azúcares y la existencia de signos urológicos de insuficiencia hepática. El valor semeiológico de la hemoclasia que estudiamos, es grandísimo y puede considerarse como un estigma revelador de la diabetes, puesto que existe todavía en los enfermos en los que han desaparecido los signos reveladores ordinarios de esta enfermedad. No se encuentra ningún paralelismo entre la sensibilidad á la ingestión de azúcar, por una parte, y la cifra de la glucemia, de la glucosuria y de la acetonuria, por otra. Parece que es, sobre todo, en las formas ligeras de diabetes, donde la hemoclasia se produce con las dosis más pequeñas de glucosa. En los casos de glucosurias no diabéticas, no se provoca la crisis por la ingestión de azúcar, como han observado los autores en un caso de *diabetes renal*, en el cual la glucosuria no estaba ligada á una hiperglucemia, sino á un descenso constante del poder retentivo renal para el azúcar. Tampoco aparece la crisis por ingestión de azúcar en diversas enfermedades, y solamente en ciertas afecciones hepáticas es donde puede aparecer, especialmente en el hígado cardíaco. Respecto al mecanismo de esta hemoclasia, los autores creen que se trata, no de una hemoclasia de origen directo, provocada por el mismo agente responsable de ella, sino de una hemoclasia indirecta, de una hemoclasia por desplazamientos, fundándose en la complejidad extraordinaria del metabolismo de los hidratos de carbono en el organismo normal. (*Presse Medicale*, núm. 13, 12 de Febrero de 1921).—LUENGO.

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Un caso notable de tratamiento de tumor inoperable del seno por la castración ovárica, por el Dr. Henry Reynès.**—En una mujer de cuarenta y cinco años, todavía bien reglada, que nunca estuvo embarazada, el autor ha practicado la laparotomía para el tratamiento de un tumor canceroso de la mama izquierda. Era imposible toda operación local por el mal estado de la lesión que era muy avanzada; el seno muy indurado estaba rodeado de un grueso edema. El hombre, el lado izquierdo del cuello, el brazo, el antebrazo y la

mano estaban infiltrados por un enorme edema. Dos grandes ulceraciones, de 2 centímetros de profundidad y de 4 á 6 de longitud por 3 ó 4 de anchura, vegetantes, saniosas asentaban una en el lado externo del seno y la otra en la axila. Ganglios voluminosos en la axila y en la base del cuello; todos los movimientos del brazo eran imposibles. En el momento preciso de la terminación de la regla, practicó la laparotomía y la castración ovárica bilateral. Ovario derecho normal; el ovario izquierdo presentaba un pequeño quiste como una nuez. Ocho días más tarde las úlceras y los edemas disminuían. A los quince días reaparecían los movimientos de los dedos y del antebrazo. A los dos meses la úlcera del seno estaba cicatrizada. Los ganglios han desaparecido, así como los edemas. El estado general, que era el de la caquexia más acentuada, se ha transformado totalmente. No ha sido hecho ningún otro tratamiento local ni general. Análogas observaciones han sido publicadas por diversos autores con resultados análogos, especialmente cuando las mujeres estaban todavía con plena actividad ovárica. Estos hechos muestran las relaciones notables que unen al ovario y á las mamas en el estado normal y en el patológico y son contrarios al origen parasitario de los cánceres mamarios, que serían debidos á una hiperexcitación celular tal vez de origen ovárico, por una especie de hiperovarismo endocrino (secreción interna, ó acción del cuerpo amarillo). Si es posible, debe hacerse una operación local para consolidar la curación; en tales casos, podría intentarse la castración por los rayos X.—(*Bull. de l'Acad. de Medicine*, núm. 12, 22 de Marzo de 1921).—LUENGO.

2. **El hipo postoperatorio, por el Dr. Küttner.**—No trata el autor de los casos de hipo bien conocidos de todos que se presentan en los operados de vientre cuando se desarrolla una peritonitis, sino de aquellos en que no se puede demostrar la existencia de inflamación alguna del peritoneo y aun algunos en los que para nada se intervino en la cavidad abdominal. En los casos graves, este hipo persiste durante días, sin cesar ni por el día ni por la noche, pero esto es muy raro, y lo corriente es que sufra interrupciones. Aparece el mismo día de la operación ó el siguiente, dura unas cuantas horas y al cabo de ellas desaparece bruscamente, sin que se pueda encontrar causa para ello. Después de una pausa mayor ó menor, se presenta de nuevo, hasta que llega el momento en que vuelve á desaparecer. Y se debe consignar que las pausas son á veces muy largas; el autor refiere el caso de uno de sus enfermos, en que el hipo duró tres días y desapareció, mas una semana después reapareció con la misma violencia que antes, y pasados unos días desapareció de nuevo. Es independiente de la alimentación, de que el enfermo esté en la cama ó fuera de ella, de los movimientos. A lo sumo parece que el hablar contribuye á que se presente. Cuando es violento, resulta un síntoma muy molesto, porque no deja á los enfermos descansar ni alimentarse y sólo en las pausas es cuando tienen momentos de reposo. Marion cita un caso en el que el hipo presentado después de una prostatectomía contribuyó, indudablemente, á que el enfermo falleciera.

De los doce casos vistos por el autor, siete eran enfermos operados en la cavidad abdominal; cuatro en el aparato urinario y uno en región que nada tenía que ver con el vientre. Por lo que á la etiología se refiere, es indiferente la anestesia, ya que entre estos casos los había de anestesia general, local, intrarraquídea; también lo es la posición del enfermo; algunos fueron colocados con la pelvis en alto, en los que cabe sospechar una acción directa sobre el diafragma, pero en otros no se podía achacar á esta causa. El cuadro morbo-so no se acompaña de fiebre. En cambio, como datos positivos hay: el de que todos eran hombres, salvo un caso; que

todos se hallaban entre los cincuenta y los sesenta años. Además es notable que todos los casos se presentaron en la práctica privada y ninguno de ellos en los enfermos de hospital.

Por lo que se refiere á los enfermos operados en el vientre, cabe pensar que se tratase de una peritonitis aun cuando no se manifestara clínicamente por ser muy ligera. Y no es necesario que este posible foco pequeño de peritonitis se encontrase próximo al diafragma, porque está demostrado que el nervio frénico envía también ramitos sensitivos al peritoneo y, por tanto, un foco inflamatorio situado en el bajo vientre puede ser suficiente para provocar el hipo. Sin embargo, es chocante que solo se presentara el accidente en hombres y en período avanzado de la vida. La etiología del caso cuya intervención no recaía en la cavidad abdominal es más clara, porque se trataba de un diabético grave á quien fué preciso hacer una amputación de muslo por gangrena y falleció en coma. En este caso se trataba indudablemente de un síntoma tóxico y lo mismo se pueden explicar tal vez los casos de hipo consecutivos á las operaciones en el aparato urinario. Los casos de Marion, que son todos urológicos y que han sido estudiados con gran esmero, han demostrado que la aparición y desaparición del hipo estaba relacionada con el aumento y la disminución respectivamente del nitrógeno residual de la sangre, de modo que considera el hipo con razón como síntoma de nitrogenemia.

Claro está que con sospechar que el hipo sea de origen tóxico y aunque se deba al aumento de N. residual, no está resuelta la cuestión, pues hay muchos enfermos con este aumento de N que no padecen hipo. Probablemente tendrán que intervenir otros factores entre los que pudiera desempeñar algún papel la arterioesclerosis. Las influencias psíquicas no han ejercido influencia alguna sobre el hipo, cosa que hay que tener en cuenta porque la circunstancia de presentarse en personas de edad avanzada y clases acomodadas podía hacer creer que interviniesen influencias nerviosas.

En cuanto á la terapéutica, los narcóticos no dieron resultado útil. Algo se consiguió con la clorotona y con agua de Neuenahr (contiene diversas sales de sodio y gran cantidad de anhídrido carbónico, temperatura entre 20° y 40°). También Marion aconseja administrar grandes cantidades de agua. En cuanto á las intervenciones sobre el nervio frénico, por ejemplo la inyección de novocaína, no han sido necesarias.—(*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 14 de Abril de 1921).

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El reflejo óculo-cardíaco y la tensión arterial en la hidrocefalia, por J. Roubinovitch y O. Tidemand-Johannessen.**—El reflejo óculo-cardíaco parece presentar una curva un poco especial en los hidrocefalos; en todos los casos, la disminución importante del valor de la tensión arterial bajo la influencia de la compresión ocular es mucho más acentuada que en los otros niños de desarrollo atrasado; además se produce una bradicardia muy marcada. En la hidrocefalia la presión intracraneana es más elevada que en los sujetos normales y, por consiguiente, una compresión ocular produce en ellos un nuevo aumento de la presión; ahora bien; el pneumogástrico está situado delante de la yugular interna al nivel del agujero yugular y que más abajo este nervio desciende por el canal que le forman esta vena y la arteria carótida interna. Al aumentar la presión intracraneana por la compresión ocular, resulta una circulación más penosa en el cráneo, que tiene como consecuencia un

aumento de volumen de la carótida interna, que comprime é irrita al neumogástrico dando lugar á la bradicardia. Si el pulso ó el corazón disminuyen sus latidos, la tensión arterial disminuye igualmente. También se puede admitir, para explicar estos fenómenos, que la compresión ocular irrita directamente el bulbo por aumento de la presión intracraneana y en particular el centro motor del neumogástrico (núcleo ambiguo) y esta irritación produce una bradicardia. (*Bull. de l'Acad. de Medicine*, núm. 12, 22 de Marzo de 1921).

LUENGO.

2. Endocarditis y meningitis producidas por el estreptococo viridans, por el Dr. W. Sawitz.—La enfermedad que produce el estreptococo de Schottmüller tiene una gran uniformidad. La lesión más importante es la endocarditis, al parecer benigna y por lo mismo de larga duración, pero que casi siempre conduce á la muerte. Secundariamente se producen metástasis en el encéfalo, fondo del ojo, bazo, piel y riñones. La nefritis hemorrágica es constante en los últimos períodos de la enfermedad. También se han observado algunos casos de meningismo, pero el autor ha tenido ocasión de ver recientemente uno de verdadera meningitis que se caracterizó también por su marcha lenta. En el momento del ingreso en el hospital la muchacha presentaba un reumatismo de mediana intensidad en diversas articulaciones, una endocarditis con aumento de la matidez cardíaca y soplo sistólico en la punta y fiebre alta. Los primeros días mejoró con salicilato, pero á los quince se presentó una angina y desde entonces reapareció la fiebre, que ya no cesó hasta la muerte. El hemocultivo demostró que existía en la sangre el *Streptococcus viridans*. Al día siguiente aparecieron síntomas meningíticos: rigidez de la nuca, atontamiento, síntoma de Kernig, el líquido cefalorraquídeo tenía una tensión de 300 milímetros y además era ligeramente sanguinolento y contenía muchos píocitos (95 por 100 leucocitos y 5 por 100 células mononucleares). Microscópicamente no aparecían bacterias, los cultivos resultaron puros de estreptococos viridans. Apareció al mismo tiempo una nefritis hemorrágica y en la orina se pudo demostrar la existencia de cocos viridínicos. Los síntomas meningíticos eran muy atenuados y en los últimos días disminuyó la proporción de sangre y de pus en el líquido cefalorraquídeo, cada vez había menos estreptococos en él, hasta que en los últimos días no se pudieron demostrar ni por medio de los cultivos. La sangre tenía 3.000.000 de eritrocitos, 45 por 100 de hemoglobina y al principio 8.000 leucocitos que se redujeron más tarde á 800. Por último, sobrevino la muerte con síntomas de insuficiencia cardíaca y no por la meningitis.

La autopsia demostró la existencia de una endocarditis verrugosa de la mitral y una endocarditis deformante de las válvulas aórticas; bazo séptico con infarto blanco, degeneración parenquimatosa del riñón y del hígado. Había hidrocefalia interna con líquido turbio y una meningitis espinal de pequeña intensidad. La particularidad de este caso consiste en que se demuestra en él de una manera evidente la relación de la meningitis con el estreptococo viridínico y la benignidad del proceso meníngeo que ya iba camino de curación cuando sobrevino la muerte, lo cual está de acuerdo con el carácter benigno (en apariencia por lo menos y por lo que á la marcha se refiere) de los procesos producidos por el estreptococo viridínico.

Como identificación del coco hallado, advierte el autor que en las placas de sangre preparadas según las indicaciones de Schottmüller formaba colonias verdosas del tamaño de una cabeza de alfiler; en el caldo con líquido ascítico formaban un sedimento granuloso, pero sin opalescencia difusa del medio. Al examen microscópico se vió que eran cocos

que producían cadenas pequeñas; la inoculación al ratón dió resultado negativo. Se mostraron los cocos muy sensibles á la bucina, menos á la eucupina y menos aún á la optoquina; según iba progresando la enfermedad, los microbios que se tomaban del organismo se iban mostrando cada vez más sensibles tanto á estos antisépticos como á los derivados de la quinina, sin que se pueda asegurar hasta que lo aclaran nuevos trabajos si esto es una ley general. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 17 de Marzo de 1921.)

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Oclusión renal en el curso del tratamiento combinado por el mercurio y el salvarsán, por el doctor H. Heicke.—Demostrada por la práctica la frecuencia con que en el curso del tratamiento de la sífilis se presentan accidentes renales, se procedió á estudiar experimentalmente la influencia que los medicamentos antisifilíticos, y en primer término el salvarsán, podían ejercer sobre el riñón, resultando que por sí solo el salvarsán, sólo en dosis muy elevadas altera la función del riñón, al paso que cuando éste se ha hallado sometido á las influencias de una enfermedad infecciosa ó á un tratamiento mercurial es mucho más fácil que dichos accidentes se presenten. Otro dato de importancia es que no siempre se presenta anuria, es decir, que no se cierra el riñón de un modo absoluto á la eliminación, y precisamente esta variabilidad de los trastornos de secreción renal es la que da lugar á que en muchas ocasiones pasen inadvertidos. El mercurio determina lesiones renales que llegan á adquirir el tipo de la nefrosis necrotizante de Volhard y Fahr, á la que acompaña una insuficiencia de la eliminación. Esta insuficiencia no necesita ser de mucha duración, sino que puede desaparecer en breve plazo. A veces, después de un período de anuria se restablece la secreción, incluso con aumento de la cantidad eliminada, pero encontrándose muy reducida la proporción de sustancias sólidas que en ella se encuentran, y si en este momento se pone una inyección de salvarsán, la eliminación está entorpecida y es muy fácil que se presenten síntomas de intoxicación, siendo así que los mismos enfermos, en cuanto ha pasado el período de insuficiencia renal, soportan bien nuevas inyecciones de salvarsán.

Cita el autor casos de muerte debidos al salvarsán aplicado en estas condiciones, porque según ha observado Ehrlich, cuando no se elimina con la rapidez debida se produce en el organismo un óxido de arsénico cuya toxicidad es enorme. Insiste el autor en que para decir que hay «oclusión renal» no se debe esperar á que se presente la anuria absoluta, sino que se debe entender en un sentido más amplio, dando este nombre á toda deficiencia en la eliminación, no sólo por lo que á la cantidad se refiere, sino por lo que hace á la proporción en que se eliminan las sustancias disueltas. Para tener noción acerca de esto es preciso hacer la prueba del agua, que consiste en administrar en ayunas litro y medio de agua y observar el tiempo que tarda en eliminarse, recogiendo la orina cada media hora durante cuatro horas (en este tiempo debe estar eliminado en su totalidad el litro y medio de agua) y la prueba de la lactosa que consiste en dar cinco gramos de esta sustancia y determinar el tiempo que tarda en eliminarse, sabiendo que el riñón normal la elimina por completo en el plazo de cinco horas. Sólo así se tendrá noticia de cuando el riñón está en condiciones de eliminar el salvarsán en el tiempo debido sin que surjan fenómenos de intoxicación.—(*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 14 de Abril de 1921.)

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.

En el Senado. — Agradecimiento é indiferencia.

Por fin, en la sesión de la alta Cámara, correspondiente al 21 de los corrientes, recayó la atención de nuestros políticos sobre el problema de la sanidad pública. Sirvió de pretexto al debate una interpelación del senador por Guipúzcoa, Sr. Elósegui, quien en un breve y muy bien orientado discurso preguntó al ministro de la Gobernación cuáles eran los propósitos que el Gobierno quería expresar primero, y realizar después, al haber puesto en los labios del Rey la frase contenida en el discurso de la Corona acerca de este asunto.

De muy laudable nos permitimos calificar la iniciativa del senador guipuzcoano; es más, la calificamos de excepcionalmente digna de loa, pues esto de que un político con representación en Cortes, no siendo médico, se permita abogar por que se atienda al vergonzoso estado de nuestra mortalidad, de la importante amenaza de la disminución de los nacimientos y al visible descenso del vigor de la raza, es verdaderamente un hecho inusitado y estupendo. Aquellas paredes del Senado, que están habituadas á repetir á diario los ecos de las lamentaciones de los aceiteros que se duelen de no poder vender de prisa las cosechas que acopian en sus lagares contra todo interés nacional y humano; de los trigueros que lloriquean porque no pueden vender sus trigos nada más que cinco veces más caros que antes de la guerra y claman porque se consiente que emigren los braceros que debieran permanecer sujetos á su servidumbre y al hambre que significa; aquellas paredes, decimos, escucharían asombradas las nobles, levantadas y patrióticas frases del Sr. Elósegui. No sabemos cómo no se cayeron al suelo estremecidas de emoción. «¡Si fuera médico, se dirían, comprendemos que se interesara, por ver si sacaba algo, que es á lo que parece que vienen aquí los señores; pero qué le importará á este buen señor que se mueran unos cuantos chiquillos de más y que la gente sea chiquituca y enfermiza!».

Por nuestra parte, enviamos una sincera felicitación al ilustre gipuzcoano que así cumple como bueno. ¡*Eskarrikasco mutillak!*

Bromas aparte, el debate resultó de un grande interés que tuvo su punto culminante en el discurso de D. Manuel Martín Salazar, y esto por varias

razones: primeramente, porque todos comprendían la trascendencia de sus declaraciones que habían de estar inspiradas, dado el puesto oficial que ocupa, en el espíritu del ministro de la Gobernación; luego, por el hecho de ser la vez primera que hablaba en la Cámara, despertaba vivo interés, por el renombre que le precedía, y por último, porque su oratoria reposada, correcta, inspirada en sólida cultura y en ideal patriótico y elevado, consiguieron que la Cámara escuchase con profunda atención al nuevo orador y le colmara de felicitaciones al término de su discurso. Reciba la nuestra nuestro buen amigo que prestó un verdadero servicio á la buena causa de la Higiene con su notable intervención en el debate.

Publicamos en otra sección el discurso del señor Salazar.

Los que le siguieron, de los Sres. Codina y Pulido, fueron también celebrados, aunque les impusiera mayor brevedad la hora avanzada de la tarde y el carácter circunstancial del debate.

No nos ocuparíamos, ni siquiera daríamos importancia á ciertas consideraciones que un impreso (no podemos llamarle periódico) de Algeciras dedica como comentario á la actitud de nuestra revista ante la sanción que el más alto Tribunal de Justicia español impuso á un alcalde que infringió las disposiciones vigentes sobre abono de sus haberes á los médicos titulares; pero como otro periódico de la misma localidad, *El Diario de la Mañana*, salió á nuestra defensa, sería de una descortesía sin límites no hacer, al menos, notar á este último, que estamos en conocimiento de su digna actitud y que la agradecemos.

Como á las palabras que pudieran molestarnos, si fueran dichas por un verdadero órgano de opinión, van unidas otras de injuria positiva á los prestigios del Tribunal Supremo y á otras personas de intachable reputación, no hacemos de ellas caso y abandonamos en las contorsiones del pataleo al vencido y seguimos nuestra norma de proteger al desamparado, de procurar que se vele por el cumplimiento del derecho y de defender á nuestra honrada y sufrida clase en contra de los que no llevan la batuta del caciquismo, no porque no quieren, sino porque no pueden.

DIEGO CARLAN.

DOCUMENTO PARLAMENTARIO

El Sr. *Martín Salazar*: Señores senadores: han de ser mis primeras palabras de saludo respetuoso á la Presidencia y á los señores senadores, por ser la primera vez que pertenezco al Parlamento y la primera ocasión que tengo de hablar en este sitio; y he de felicitar á mi querido amigo el Sr. Elósegui por haber traído al Senado una cuestión palpitante, de gran interés para la Patria. He sentido cierta admiración por el desarrollo del discurso de S. S., porque no siendo médico, llama la atención la serie de conocimientos, de juicios, de conceptos verdaderamente sanitarios, que le acreditan de ser un profesional en materia de higiene pública; pero además, porque ha comenzado por sentar una cosa trascendentalísima, que es la de que la cuestión sanitaria debe tratarse en el Parlamento sin carácter partidista y dándole aspecto de un interés nacional. En este sentido, como decía con mucha razón el señor ministro de la Gobernación, ha habido desde hace poco tiempo en España, y en el Parlamento, un movimiento de opinión favorable á la cuestión sanitaria, de tal manera, que cuando se anunció la discusión del discurso de la Corona alguna minoría monárquica pretendió tratar el asunto en la propia discusión del Mensaje, y por razones de todos conocidas no pudo llevarse á cabo, pero ya se señaló el propósito de esa minoría de hacer profesión de fe en materia sanitaria é incorporar al credo de su política el problema sanitario del país. Era la minoría romanonista; pero al mismo tiempo que la minoría romanonista, hay que tener en cuenta que las demás minorías tenían empeño en contribuir al debate y hacer también su profesión de fe en esta cuestión trascendental.

Indudablemente, ha habido un cambio de opinión favorable á los asuntos sanitarios, y este cambio de opinión tenemos nosotros, los profesionales, necesidad de recogerlo y de encauzarlo en nuestra actuación parlamentaria.

Realmente, el partido conservador tiene una gran ejecución en materia de sanidad; de tal suerte, que podemos decir, sin hipérbole, que la mayor parte de las cosas útiles que se han hecho en organización sanitaria de algún tiempo á esta parte se deben al partido conservador.

Lo primero, y acaso lo más fundamental, por ser, digámoslo así, el impulso inicial que motivó la reforma sanitaria que se ha llevado á cabo en estos últimos tiempos, fué precisamente nacido de una iniciativa nobilísima del llorado Sr. Dato. Cuando, con motivo de la peste de Oporto, se presentó el pavoroso problema de luchar contra una enfermedad exótica, venida á Portugal con riesgo de invadir á España, el Sr. Dato tuvo la acertada iniciativa de crear por primera vez la Dirección General de Sanidad, con carácter técnico, separándola del carácter administrativo que hasta entonces había tenido. Pero su acierto no consistió solamente en esta reforma fundamental de la orientación que debía tener la sanidad pública, sino que su mayor acierto consistió en llevar al frente de la Dirección General de Sanidad á un hombre de los talentos, de las capacidades y del celo ejecutivo del Sr. Cortezo. El Dr. Cortezo, no solamente ejecutó la gran empresa de defender á España contra la peste bubónica, desarrollada alarmanamente en Oporto, sino que inmediatamente realizó una de las obras más grandes que en materia legislativa se han llevado á cabo en España, que fué la redacción de la Instrucción general de Sanidad. La Instrucción general de Sanidad, que se redactó en tiempos del señor Maura y que se firmó por el Sr. Sánchez Guerra, constituye un verdadero progreso en la legislación sanitaria de España.

Después de esto hay que hacer justicia á la actuación gloriosa que en el Ministerio de la Gobernación tuvo el señor Cierva, realizando una obra ejemplar, una obra de función ejecutiva, de hechos que verdaderamente llaman la atención por su transcendencia sanitaria, porque no solamente fué la aplicación del millón y medio de pesetas que por su gestión votaron las Cortes, sino la colaboración de las Juntas de Obras de puertos, que realizaron una obra fundamental desde el punto de vista de la defensa sanitaria del país, llevando á cabo la reforma de casi todas las estaciones de sanidad del exterior. Fuera de esto, hemos de decir que, salvo medidas accidentales, accesorias, relacionadas solamente con modificaciones de la propia Instrucción general de Sanidad, no se ha hecho nada fundamental en la sanidad pública.

Y esto en el momento en que más importancia se le da en el mundo á la sanidad de los pueblos; y esto en el momento en que, con motivo de la guerra mundial, el concepto del valor de la salud y de la vida del hombre han sido más altamente concebidos, á tal punto, que casi todas las naciones que han intervenido en la guerra, después de venir á la paz, de lo primero que se han ocupado es de cuidar de la salud y de la vida de los hombres. Acaso la matanza de millones de seres humanos ha aconsejado á los pueblos velar por la salud y por la vida de los que restan. Lo cierto es que gran número de países, no contentos con la organización sanitaria que han tenido hasta aquí, han realizado el esfuerzo de constituir un Departamento independiente, un Ministerio independiente de Sanidad. Así tenemos á Inglaterra, que en 1919 creó el Ministerio de Sanidad pública; tenemos á Francia, que en 1920 creó el Ministerio de Higiene social; tenemos á Austria, á Polonia, á Serbia, al Canadá y hasta Turquía. ¿Por qué es esto? Porque el valor de la vida y de la salud del hombre ha sido concebido en términos de encarecimiento que no han sido alcanzados nunca; y aceptando que ese valor de la salud y de la vida está regido por leyes de orden económico.

Alguien creará que nosotros, los higienistas y los sanitarios, nos ocupamos de esta materia desde el punto de vista sentimental, humanitario; y sin dejar de tener en cuenta todo lo que efectivamente nos interesa, nosotros planteamos ante el Parlamento las cuestiones sanitarias desde el punto de vista económico y material. La salud y la vida del hombre, aparte de lo que pudiéramos llamar su valor metafísico, su valor psicológico que puede ser imponderable, tienen un valor material, un valor económico, metálico, que está representado por lo que significa el trabajo, el producto del trabajo, que, capitalizado, da seguramente la cifra del valor exacto de la vida y de la salud del hombre. Y ¿qué resulta? Que el valor de la salud y de la vida del hombre, después de la guerra, que ha motivado un movimiento mundial revolucionario de las ideas, ha tenido un gran aumento de precio, porque ha aumentado el trabajo, han aumentado los salarios, se ha duplicado dos y tres veces el importe de los sueldos; y, por tanto, se ha multiplicado el valor de la salud y de la vida. De donde se deduce que si antes de estos nos arruinábamos por la extraordinaria mortalidad de España, ahora nos arruinamos doble ó triple que antes, porque la vida de los que desaparecen tiene un doble ó un triple valor.

Y en este sentido, nosotros decimos: ¿es que puede España ver con indiferencia, es que puede el Parlamento español ver sin conmoverse la pérdida, la ruina económica que representa nuestra morbosidad y nuestra mortalidad actual es? Porque, señores, en España mueren del 23 al 24 por 1.000 de sus habitantes por término medio. Ha habido un año,

como el de 1918, en que la mortalidad llegó al 30, con motivo de la epidemia de gripe; cuando Inglaterra, por ejemplo, tiene el 15, los Estados escandinavos el 13, el Canadá el 10, Nueva Zelandia el 8. Es decir, que se nos muere el doble ó el triple de la gente que lógicamente se debía morir. ¿Es que el Estado español, el Gobierno español, el Parlamento español, pueden ver con indiferencia esa ruina económica de sus fuerzas vivas? Esto no puede seguir así, porque no solamente se trata de la mortalidad general, sino que hay que tener en cuenta la mortalidad por enfermedades infecciosas, que quiere decir enfermedades evitables. De modo que, según esto, es de la responsabilidad de las Autoridades sanitarias, de la responsabilidad del Gobierno, de la responsabilidad del Parlamento el hecho de que se muera mucha gente que no se debiera morir, porque la ciencia moderna cuenta con recursos, con medios técnicos y científicos para luchar contra las epidemias y vencer las infecciones. Solamente de tuberculosis mueren en España de 30 á 40.000 personas al año. La mortalidad infantil, es decir, la que arrebató la vida de los niños, que está siendo objeto de verdadera obsesión en todos los países del mundo, porque la redención de los pueblos estriba principalmente en la conservación de la salud y de la vida de los niños, es en España aterradora. Los niños se nos mueren á raudales. Perdemos al año 200.000 niños hasta la edad de cinco años. Y esta es una sangría suelta que representa una verdadera ruina del país, por lo que nosotros estimamos que, desde el punto de vista político y económico, dejando aparte el aspecto sentimental, esto no puede continuar.

Tenemos que ver cuáles son las causas del atraso sanitario de España; y como no quiero cansar mucho á la Cámara, haré sólo una ligerísima relación de sus motivos fundamentales, porque, á decir verdad, si fuera necesario ocuparse aquí detalladamente de esos motivos, no habría bastante con un discurso. Pues bien, las causas principales de lo que nos ocurre, son las siguientes: En primer lugar—como decía el señor Elósegui con mucha razón, y apuntaba el señor ministro también—, la principal causa es la incultura sanitaria del país. Este es un motivo fundamental. Decía Spencer, con razón, que la educación sanitaria debe preceder á la legislación sanitaria, porque de nada sirve legislar si el espíritu de las gentes no está dispuesto á cumplir lo que se legisle. (*Muy bien.*)

Resulta, pues, una cosa trascendentalísima el intentar, por parte de los elementos sanitarios, por parte del Gobierno, elevar el nivel de la cultura sanitaria del país. ¿Y por dónde se debe comenzar? En mi juicio se debe comenzar por la escuela. Es triste, y da idea de qué modo se invierten los términos de los valores de las cosas, que se enseñen en las escuelas de niños una porción de materias sin importancia práctica ninguna en la vida, y que, sin embargo, no se les enseñe el modo de conservar su salud y de preservarse de las enfermedades. Por tanto, hay que llevar á la escuela estas enseñanzas, hay que llevar al programa de las Escuelas Normales estas enseñanzas; y si estuviera aquí el señor ministro de Instrucción Pública, yo le rogaría que meditara sobre la importancia y trascendencia que para la cultura sanitaria del país tiene establecer cátedras de Higiene y de Sanidad en las Escuelas Normales, á fin de dar á los maestros aquella enseñanza elemental que necesitarían para traducirla y comunicársela á los niños. Pero esta enseñanza sanitaria, tan importante para todos los niños, tiene una importancia trascendental para la mujer. La mayor parte de las mujeres que mueren á consecuencia de los embarazos y de los partos, lo mismo que la mayor parte de los niños que mueren en el primero y en el segundo año de vida, se debe

á ignorancia de las madres, y esto no se evita más que instruyendo á la mujer en punto tan interesante como es la conservación de su salud y de su vida, mientras lleva en su seno el hijo de sus entrañas, y luego, sobre el modo de cuidar el hijo que da á luz, y de conservar su salud y fortalecer su existencia física. (*Muy bien.*)

Otra de las causas—y ahora me meto con los profesionales—está en los médicos. El médico en España suele entender que su papel se limita sólo á la asistencia individual de los enfermos, y no para mientes en lo que podríamos llamar su función social. El médico tiene una función social educativa, preventiva de las enfermedades, en comunicación con las autoridades sanitarias ó en el seno de las familias, y estos deberes de carácter social son, en muy gran parte, olvidados por los médicos clínicos. Además, los médicos pueden y deben ejercer una acción de propaganda y difusión de las ideas. En España, no hace mucho tiempo, hubo, por decirlo así, un apostolado de hombres ilustres, que se dedicaron á hacer propaganda sanitaria por el país, y esos hombres merecen que yo, en este momento, les dedique un aplauso porque realizaron una gran obra de difusión de las ideas sanitarias.

Pero, además de los médicos, tienen, á mi juicio, una gran responsabilidad los políticos y sus partidos. ¡Qué difícilmente se encuentra en los programas de los hombres públicos que dirigen los partidos políticos en España, como punto principal á que referir su gestión política, las cuestiones sanitarias! Yo sé decir que he visto, á veces con pena, a publicación de programas de jefes de la política española en los cuales estaba totalmente olvidado el problema sanitario, que tanta trascendencia tiene para el país. Por eso es digno de aplauso lo que ha hecho el actual Gobierno, llevando á labios del Rey, en el discurso de la Corona, el propósito de la reforma sanitaria en España; y no solamente se apuntaba allí la tendencia y el compromiso de llevar á cabo tal reforma, sino que se daba una nota progresiva, extraordinariamente progresiva, que es la de dar carácter social á dicha reforma.

Y ahora viene la actuación del Parlamento. Decía el señor Elósegui, con razón: «Desde mediados del siglo pasado no se ha hecho una ley de Sanidad en España.» Es decir, que no parece sino que el interés vital de la Patria ha pasado desapercibido y ha sido olvidado por las Cortes españolas; y si no fuera por la Instrucción general de Sanidad, que nos puso un poco al tanto del movimiento científico actual, á estas horas tendríamos el concepto sanitario arcaico de la ley del 55.

En el tiempo que yo llevo desempeñando el cargo que actualmente ocupo se han presentado á las Cortes tres proyectos de ley de Sanidad: un proyecto de carácter general, en tiempos del Sr. Barroso, el año 1911; otro proyecto de ley, de ley parcial, de ley de Epidemias, en el año 1915, siendo ministro de la Gobernación el Sr. Sánchez Guerra, y, últimamente, otro proyecto de profilaxis de enfermedades infecciosas, que presentó el Sr. Burgos Mazo en las Cortes anteriores, y que, en efecto, significaba un verdadero progreso en lo que se refiere á la defensa de las enfermedades evitables. Y estos tres proyectos de ley cayeron en tal ambiente de frialdad é indiferencia, que ninguno prevaleció. Alguno de ellos murió á mano airada de pequeñas pasiones y de pequeños motivos, y el interés público, el interés general de la Patria, concebida en su interés vital más grande, fué olvidado. Creo, por consiguiente, que es un deber del actual Parlamento atender á tal necesidad, que está suficientemente atendida con las palabras, con las promesas del señor ministro de la Gobernación. Decía el señor minis-

tro de la Gobernación, con el aplauso de la Cámara, que no hay que intentar traer al Parlamento un proyecto de ley general de Sanidad, porque un proyecto general de Sanidad que abarca tan grandes aspectos, que se relaciona con tantas cosas, que hiere tantísimos intereses, fracasaría aquí indudablemente; pero es que además, y esto lo sabe muy bien el señor ministro de la Gobernación, este régimen de leyes generales de Sanidad no se usa ya en ninguna parte; porque siendo Inglaterra, como es, la nación que va á la cabeza de la civilización sanitaria del mundo, está con actas parciales del Parlamento legislando sobre materia sanitaria constantemente; sin tener para qué recurrir á hacer una ley de Sanidad, que seguramente tropezaría con las dificultades del movimiento civilizador y transformador de las ideas, que no facilitaría el cambio y la ductilidad de las leyes especiales; porque es indudable que las leyes, sobre todo las leyes sanitarias, están supeditadas, están unidas al movimiento científico que las inspira. La Sanidad no es más que la realización práctica de una ciencia médica que se llama la Higiene; y de la misma manera que la Higiene, como ciencia médica, progresa de un modo extraordinario, la Sanidad, que es su aplicación á la política y á las leyes, tiene que progresar también.

Y ¿qué resultaría si hiciéramos una ley de Sanidad general, complicada y de difícil ductilidad, que tuviera que transformarse á la manera que el progreso y que los descubrimientos científicos fueran realizándose? Estaría fuera de todo sentido práctico. Ya se harán las leyes parciales, decía el señor ministro de la Gobernación. ¿Qué leyes parciales? El señor ministro de la Gobernación nos anunciaba la lectura de un proyecto de ley sobre defensa de las aguas. Esto combatirá seguramente una de las causas más graves de morbosidad y de mortalidad de España; actualmente las fiebres tifoideas y, en general, todas las enfermedades de origen hídrico, obedecen al abandono, al descuido, al desconocimiento que se tiene de los motivos de la infección de las aguas potables; y traer á la Cámara un proyecto de ley que pone coto á esta morbosidad, es realizar un progreso sanitario de una trascendencia indudable. Pero, además, nos anunciaba el señor ministro de la Gobernación otro proyecto, en mi juicio, de más trascendencia, que es una ley de defensa de las enfermedades evitables. ¿Qué quiere decir enfermedades evitables? Quiere decir, enfermedades que existen sin deber existir, motivos de morbosidad y de mortalidad en nuestro país, que podían hacerse desaparecer y que, sin embargo, hoy persisten y dan lugar á una cifra de mortalidad que verdaderamente ante los pueblos civilizados de Europa y de América, nos avergüenza. Pero esa ley, ya lo anunciaba el señor ministro de la Gobernación, va á tener un carácter que la distinga de las anteriores leyes sanitarias de España, un carácter que la distinga de las anteriores leyes sanitarias dominantes en los países latinos en general, y es que va á ser una ley con vistas á las relaciones sociales, á la economía pública y al trabajo; es decir, que va á tener un carácter eminentemente social; porque si la Sanidad, como decía antes, es la aplicación de la higiene como ciencia médica, y la evolución de la higiene ha sido primero higiene privada, de defensa del individuo, después higiene pública y luego higiene social, de igual manera la Sanidad, que primeramente era privada y después municipal, provincial y del

Estado, se ha convertido en social. Y ¿qué cuestiones se llevan á esa ley, para que tenga carácter social? ¿Qué cuestiones? Las de la sanidad del trabajo, la higiene de la fábrica y del taller, la defensa de las estirpes, la eugenesia, propiamente dicha, la educación física de la juventud, la defensa de la madre embarazada y del niño recién nacido, la de la inspección médica escolar, la lucha contra las enfermedades epidémicas, contra la viruela, contra la sífilis, contra la tuberculosis, etc. Y esto, ¿de qué manera? Interviniendo sólo el Gobierno, interviniendo sólo el Estado, interviniendo sólo el Municipio ó la Provincia? ¡Ah!, no. Es menester concebir la actuación integral en materia sanitaria con la colaboración de todos los elementos sociales.

En ningún país del mundo actúan hoy solamente las autoridades sanitarias. Inglaterra, que es el país modelo, el que da ejemplo de cómo se progresa en materia de sanidad, adopta sus leyes cuando son cristalización de un movimiento de opinión pública que ha señalado perfectamente un defecto de la sanidad; toda la historia sanitaria de Inglaterra está resumida en estos términos: movimiento de opinión, Comités, Asociaciones, propaganda, publicaciones de todas clases; y cuando la opinión está en sazón, entonces vienen las leyes. ¿Qué quiere decir esto? Que sin la colaboración social no es posible la sanidad en el mundo. Y yo digo que la sanidad es una ciencia social por tres razones fundamentales: primera, porque mientras el obrero no llegue á resolver el problema económico de su vida hasta obtener el salario preciso para la cumplida satisfacción de las necesidades económicas de él y de su familia, no podrá lograrse el ideal de la sanidad, y ese obrero y su familia enfermarán seguramente por falta de una cooperación económica necesaria y esencial; segunda, por la razón que apuntamos antes, porque la sanidad es una función colectiva, para la que no basta el Municipio, ni la Provincia, ni el Estado, sino que es menester que todos los elementos sociales se compenetren y coadyuven á la realización del fin sanitario; y tercera, porque sin organismos sanos, sin una raza vigorosa y fuerte, no pueden cumplir su destino los pueblos llamados á la civilización, y este punto es muy esencial distinguirlo en materia sanitaria.

(Se continuará.)

LA CUESTIÓN DE LOS MANICOMIOS ESPAÑOLES

POR

JOSÉ M. DE VILLAVERDE

De algún tiempo á esta parte, tanto en la prensa profesional y diaria como en las Academias, se ha dado en ocuparse de este asunto. Y claro está, como no podía menos de suceder, todo el mundo ha reconocido que el estado de los manicomios es tal, que á más quizás no pueda llegarse.

Es dolorosísimo en extremo que las cosas ocurran de esa manera; pero á poco que se reflexione, se ve que admirarse de ello es como si uno se quejara que hace frío en invierno. Desgraciadamente, aun muchísimas cosas andan sobre poco más ó menos de la misma manera, y pretender que los manicomios constituyan una

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

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

excepción, es pedir algo extraordinario. Y aun en la misma Medicina nacional, aunque la Psiquiatría es de las disciplinas que más andan á la zaga, hay también otras que están por el estilo, aunque las consecuencias que de ello se deriven no salten tan ostensiblemente á la vista como el estado tan lastimoso de los manicomios. Y después de todo no hay por qué escandalizarse, porque ni es oro, ni astro todo lo que reluce en la Medicina española.

Nosotros por nuestra parte no pensábamos haber intervenido en este asunto á no ser por una circunstancia que de ninguna manera queremos que quede en el silencio. Y decimos que no nos hubiéramos ocupado de esto, por varias razones: Primeramente porque no creemos en los apostolados. En todo tiempo y lugar han dado mal resultado, y en España, que adoptan por la idiosincrasia del país una forma del todo característica, son cosa en la que ya no cree nadie, ni aun la gente del público. Las gentes, maliciosas (y con razón por lo que ya han ido viendo) creen que lo mismo que en el clásico cuento del borracho todo acabaría en subirse el precio del vino, en estos asuntos (y no me refiero al caso actual, sino que hablo en términos generales) quizás ¿quién sabe? se supondría que todo podría hasta terminar en que unos cuantos señores busquen una plataforma para su medro personal.

Lo verdaderamente triste es tener que decir estas cosas, pero yo ruego á mis queridísimos colegas que mediten unos momentos friamente y se convencerán cómo el público al pensar de esta manera tiene razón.

Igual ellos que yo y que el resto de los españoles sabemos que el discursar y ahora el escribir es cosa genuinamente española. Pero no es esto lo malo, sino que la literatura que tanto se prodiga es de la peor especie. Por un lado, discursos ampulosos sobre la «Necesidad de tal cosa» ó «Sobre la importancia de tal otra» inofensivos en el fondo, y por otro, escritos hechos por señores que han mirado las cosas aunque no las han visto y que son los que más daño hacen. Es causa todo esto que el público, no ya tan sólo las personas sensatas, sino todo el mundo, desconfíe de discursos, conferencias, comunicaciones y á veces hasta se ría á mandíbula batiente de todo ello.

Conviene no olvidar tampoco que estamos en el país donde floreció la novela picaresca, la gente de por sí es desconfiada y que con todas esas cosas el público, aunque no conozca la frase de La Bruyère de que «hay dos procedimientos de hacer carrera, apoyándose en los propios merecimientos ó en la imbecilidad de los otros», ya por instinto se figure que los conferenciantes y apóstoles eligen el segundo de estos caminos.

Esto será muy triste, pero muchísimo más lo es aún que el asunto que defienden fracase, máxime si es de importancia.

Comprenderán mis queridos colegas por todo lo que acabo de decir, que si realmente se piensa hacer algo eficaz en la cuestión de los manicomios, cosa de la que no estoy del todo convencido, y perseverar en ello, en lo que no creo en absoluto, no es ese el camino, pues con todos esos procedimientos se consigue tan sólo que las gentes miren con indiferencia un asunto digno de mejor suerte. Y que en el caso más favorable crean que todo ello es tan sólo una manera de pasar el rato amena y pseudocientífica.

Del Capitolio á la roca Tarpeya no hay más que un paso, y puede ocurrir que al querer tocar lo sublime crea la gente que es todo en el fondo cuestión de numismática.

Hacer discursos ó literatura sobre esta cuestión, además de ser hasta inoportuno y de mal gusto, es completamente ineficaz. En España la cuestión de manicomios jamás ha interesado á nadie y sigue sin interesar, y lo que con sólo esas cosas se consigue, no es hacer que se despierte la afición por ellas en sí, sino por la españolada de la literatura y la oratoria á propósito de ellas. Emocionar con relatos horribles á educandas de las Ursulinas, y hacer que los médicos se queden como si tal cosa, pues tienen más sentido de la realidad.

Los mismos que tanto se escandalizan y ponen el grito en el cielo, son los que predicán con el ejemplo dando uno muy triste ciertamente—quizás inconscientemente—con la falta de armonía entre lo que dicen y lo que hacen.

La cuestión de los manicomios, saben ellos ó deben saberlo, no tiene remedio; pues el estado actual de las cosas es el producto de una larguísima tradición, y si se le quiere poner cura se tardaría quizás varias generaciones. Y esto siempre que cada cual se resignase al papel que le correspondía y es sobre todo al principio el duro y obscuro papel del organizador, poco brillante y muy penoso. Después los que le sucedieran debían hacer lo mismo. Como es natural, este caso con seguridad no se dará.

Es ley de la Historia de la cultura española y de la de la Medicina en particular, que siempre que una cosa buena ha sido importada, ha desaparecido sin dejar huella. No ya tan solo el permanecer según se trajo, lo que ya sería un retroceso evidente teniendo en cuenta que la civilización adelanta, sino que esto no basta y es necesario que se pierda en totalidad. Esto es una triste ley nacional que desde Carlos III en grande y pequeña escala se está repitiendo á todas horas.

Las causas de esto son, en primer lugar, la incompetencia absoluta en todo, la apatía completa de todo el mundo por todo, y por fin, la consecuencia necesaria que hace que el osado y desvergonzado pueda hacer lo que le dé la gana, contando con la adulación oligofré-

FIRMUGENOL

(Nombre registrado.)

ESPECÍFICO DEL ESCROFULISMO

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

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

nica de los que le rodean, la complicidad de otros por intereses inconfesables y la indiferencia de los más.

Pero dejémonos de hacer filosofía sobre cosas que por el momento son de importancia secundaria, y hablemos de Neuropatología y de manicomios. Y digamos lo que es indispensable que todo el mundo sepa para que forme un juicio acertado de lo que son estas cosas.

He aquí dos ejemplos edificantes:

No hace muchos años vino de Alemania y Estados Unidos Achúcarro, tan llorado y evocado principalmente por aquellos que no han seguido precisamente su ejemplo. Si antes es cierto que en España se había hecho Histopatología del sistema nervioso, no lo es menos que él dió á ella gran impulso y la enseñó sobre todo en sus relaciones con las enfermedades mentales. Cualquiera creería á juzgar por los artículos necrológicos que se han escrito, que este malogrado psiquiatra ha dejado honda huella. ¡Pues nada de esto! Los que no se han enterado de lo que hizo, que son casi todos, los que han glosado el método del tanino y la plata amoniaca que en último término es lo de menos, no se les ha ocurrido fijarse en lo que principalmente hizo. Y desde luego de imitarle; más vale no hablar.

Achúcarro trajo una cosa nueva, y parece que pudiendo haberse aprendido en España cosas importantísimas sin necesidad de tener que ir para ello al extranjero, todos los neurólogos y neurologizantes le hubieran rodeado. Pues nada de esto: Quitando algunos que le rodearon para pedir una pensión y conseguirla así, como una línea de menor resistencia y no hicieron nada, á los demás les tuvo sin cuidado. Y los esfuerzos que él hizo pueden considerarse completamente perdidos, pues no modifica esta tesis el caso del doctor del Río Hortega que no ha seguido la orientación psiquiátrica de su maestro.

Ciertamente que la Histopatología del sistema nervioso, sobre todo en su correlación con las enfermedades mentales, se fué, pero eso sí, no se dirá que no se ha honrado su recuerdo de una manera más ostensible.

En el Hospital Provincial hace unos meses se descubrió una lápida á su memoria. Y hubo discursos, lamentaciones, frases ampulosas sobre la Biología y hasta una fotografía que vino en los periódicos, aparte de las informaciones correspondientes. No faltó más que el banquete con las expansiones consecutivas, resultado de las excesivas libaciones.

Y á nosotros, que no fuimos pensionados al extranjero por Achúcarro, sino todo lo contrario, y de quien estuvimos distanciados en sus últimos años, nos toca ahora rendirle esta justicia póstuma.

Del estado de degeneración á que ha llegado después la Neurología, sobre todo en manos de ciertas personas, más vale no hablar. A la mayor parte de la gente no le interesa nada, y tan solo cuatro cosas, cuya impor-

tancia científica es nula. Basta leer las revistas y se quedará uno aterrado de lo que se escribe. Algunos artículos son festivos. Otros son operetescos y á ellos no falta más que música de Lehar y llevarlos al escenario del Reina Victoria. Pero mientras haya gente que aplauda y á quien parezca bien esas cosas, todo esto puede hacerse: en último término ya estamos curados de espanto de oír capítulos de Pseudología phantástica. Y para inri final, los que tal hacen, quieren que se les tome en serio y se toman en serio á sí mismos.

Acabamos de citar el caso de Achúcarro, que es ya un buen botón de muestra para que se entere todo el que quiera. Pero podrá hacérsenos la objeción que eso nada tiene que ver con la cuestión de los manicomios, sino con el de cuestiones científicas que con la Psiquiatría se relacionan. Y que eso no hace falta, porque el saber ocupa lugar (esto lo practica en España mucha gente), y hay que ocuparse de cosas más en relación directa con la práctica psiquiátrica que es lo que verdaderamente interesa. Esta objeción era de prever y á ella vamos á contestar con otro caso mucho más escandaloso aún y que es de los que no tienen vuelta de hoja.

(Concluirá.)

COLEGIO DE HUÉRFANOS

El 18 de los corrientes tuvo lugar en la Real Academia Nacional de Medicina la última reunión de la Junta de patronos de esta benéfica institución. Asistieron las señoras Condesa de Gimeno, Collantes de Cortezo y Dra. Aleixandre y los Sres. Martín Salazar, Cospedal, Reboles, Sánchez Covisa, Isla, Cortezo (presidente) y Pando Baura en sustitución de su señor padre enfermo.

Dió cuenta del estado de fondos el tesorero Sr. Isla, mereciendo plácemes por su activa gestión y por los resultados halagüeños que comunicó á la Junta y de que podrán darse cuenta nuestros lectores por el estado que aparte publicamos.

El señor presidente propuso, en vista de estos resultados, que cuando se cobrase la subvención oficial, destinada á sufragar el segundo plazo de la compra del edificio, se anticipara el pago del tercero, con objeto de economizar los intereses convenidos. Así se acordó por unanimidad.

Las señoras del Patronato tomaron el acuerdo de girar una visita con el arquitecto Sr. Rogí para hacer un presupuesto de las obras más necesarias en el tejado y en algunos departamentos del edificio.

Se deliberó acerca de la forma en que han de usar los niños de las vacaciones del verano acordándose que se cumplan con todo rigor las prescripciones reglamentarias en vista del mal resultado que diéron en el año anterior las vacaciones prorrogadas á instancia de las familias.

También se deliberó sobre otros asuntos relativos al personal docente, del que se hicieron merecidos elogios por los

TOLUDEN

Pelrid's C.^o, New-York.

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

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

resultados que se ven en la educación y adelanto de los niños de ambos sexos.

Todos los concurrentes convinieron en vigorizar aun más el funcionamiento de la institución con objeto de ampliar sus beneficios, siempre en el sentido exclusivo del favor de los huérfanos de médicos.

Se dió cuenta del donativo de 5.000 pesetas hecho por la Asociación madrileña de caridad; de otro de 100 pesetas de D. Antonio Morales, catedrático de Barcelona, en conmemoración de la curación de un nietecito; otro de D. Fortunato Selgas de igual cantidad y otro de 150 de un bienhechor anónimo, que le envió directamente al Sr. Sánchez Covisa.

De otros donativos que como estos últimos serán incluidos en el estado correspondiente al mes de Abril, se dió también cuenta, así como de las circunstancias loables y sentimentales que acompañan á algunos de ellos.

Sociedades Científicas.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Con numeroso público celebró esta Sociedad su última sesión. Los entusiasmos del Sr. Bascuñana en favor de la Raza, dieron lugar á que se extendiera por campos que el Sr. Fernández Caro estimó no caían por completo dentro de la Higiene, dando lugar, sin embargo, á una sesión sumamente animada y pintoresca en que el público celebró las ocurrencias higiosociales del disertante y pasó agradables las horas de sesión. A ello contribuyó grandemente la señorita Soriano que, con sobriedad y concisión, leyó unas bien escritas conclusiones en que están condensadas las ideas que ha expuesto en sesiones anteriores acerca de la Higiene y la Moda.

El Sr. Lasbennes, siempre oportuno y ameno, las discutió con mucho gracejo. Con gran conocimiento del asunto y cierta ironía humorística, hizo resaltar las exageraciones de los apóstoles de la Higiene, afirmando que del devoto de la Higiene se puede decir que ni come ni bebe, ni chupa, ni besa.

La intervención de los Sres. Yagüe, Villarejo y Bascuñana dió mayor realce á la discusión, que continuará en la sesión siguiente, pues hay muchos puntos importantes en ella que tratar.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,3; ídem mínima, 695,4; temperatura máxima, 21°,6; ídem mínima, 0°,3; vientos dominantes, N. NO.

Durante la semana presente no se han notado variaciones de importancia en las afecciones predominantes. Ocurren bastantes casos de afecciones gripales agudas del aparato respiratorio; las infecciones intestinales muestran algún aumento.

Se han registrado algunos casos, pocos afortunadamente, de viruela, y es de esperar que estando, en general, la población de Madrid recientemente vacunada, no se produzca epidemia.

En los niños existe algún que otro caso de escarlatina.

Crónicas.

La Fiesta de la Flor.—En Madrid:

La Reina Victoria ha señalado el 14 de Mayo para la celebración de la Fiesta de la Flor en Madrid.

En la reunión de damas donde quedó fijada la fecha para la celebración de la Fiesta de la Flor, se tomaron los siguientes acuerdos:

Renovar los documentos que acrediten la autoridad de las señoritas postulantes.

Emplear un nuevo distintivo especial para las huchas utilizadas en la recaudación.

Rogar al público, cuya generosidad se agradece por anticipado, que contribuya al mayor éxito de la fiesta, bien por medio de donativos á las postulantes ó entregándolas directamente en las mesas petitorias.

—En Sevilla:

Comunican de esta población que con inusitada animación se ha celebrado la Fiesta de la Flor. En los sitios de costumbre se establecieron mesas petitorias, presididas por damas de la aristocracia.

En la calle de Cánovas del Castillo, los jefes de la Guardia civil instalaron una mesa que llamó la atención por su artístico adorno.

La Compañía de tranvías ha destinado uno de los coches que hacen el recorrido de circunvalación para ingresar la totalidad de lo recaudado por el servicio.

La recaudación durante la mañana fué muy lucida.

La infanta doña Luisa recorrió las mesas, haciendo donativos y presidiendo un rato la mesa instalada por el Ayuntamiento, acompañada del gobernador y del alcalde.

Durante la permanencia de S. A. la infanta doña Luisa en la mesa petitoria del Ayuntamiento, la recaudación alcanzó en un momento la cifra de 3.000 pesetas.

El alcalde, conde de Urbina, hizo un donativo de 1.000 pesetas en nombre del Municipio y 500 de su bolsillo particular; el duque de Alba entregó otras 500 pesetas.

Los servicios de Beneficencia de Jerez.—La Unión Sanitaria ha comunicado de oficio á la Alcaldía las deficiencias de los servicios benéficos y reclama el pago de sus mensualidades. Se anuncia para dentro de quince días una huelga del personal de la Beneficencia, caso de que sean desatendidas sus peticiones.

La gripe en Bilbao.—El día 14 el inspector municipal de Sanidad ha elevado un informe á la Alcaldía declarando que existe en Bilbao la epidemia gripal, aunque con carácter benigno, y propone medidas para evitar su propagación.

La peste en Alejandría.—Comunican de Alejandría que se ha declarado la peste en aquella capital en tales proporciones, que todos los días se registran unos 35 casos nuevos.

El movimiento de los puertos ha obligado á las autoridades á que todos los buques, sin excepción, sean sometidos á rigurosa cuarentena antes de salir á alta mar con el fin de evitar la propagación del mal á otros Estados.

Los farmacéuticos. Noticias varias.—De la Prensa diaria entresacamos las siguientes noticias que interesan á nuestros compañeros farmacéuticos:

Ha sido nombrado presidente honorario del Real é Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Madrid, en junta presidida por el Dr. Morales, el prestigioso farmacéutico barcelonés Dr. Andreu.

Con este nombramiento se consagra una vida de trabajo científico, y al mismo tiempo que la clase farmacéutica honra á tan venerable anciano, se honra á sí misma, pues paga de este modo una deuda de gratitud que todos los farmacéuticos españoles han contraído con el Dr. Andreu.

Por eso el Colegio de Farmacéuticos de Madrid acogió la proposición de D. Luis Villegas con entusiasmo, exaltando por unanimidad á la presidencia honoraria de la más antigua Sociedad farmacéutica española á tan prestigiosa é ilustre personalidad.

—Con la asistencia de la casi totalidad de los Colegios Farmacéuticos (sólo tres han dejado de concurrir) y de todas las demás entidades farmacéuticas y Prensa profesional, se celebró la primera sesión de la asamblea convocada

LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES

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

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

por la Unión Farmacéutica Nacional, á las once de la mañana del día 14.

El presidente, Sr. Eraso, pronunció un discurso de salutación á los assembleístas, y el secretario leyó un proyecto de estatuto para régimen de los Colegios, cuya discusión motivó la intervención de varios assembleístas.

La discusión continuó por la tarde en tono levantado y caluroso.

—En la sesión celebrada el día 16 por la asamblea de Colegios Farmacéuticos, fueron leídas y aprobadas las siguientes conclusiones:

Primera. Presentar á los Poderes públicos el proyecto aprobado sobre nuevo estatuto para el régimen de los Colegios obligatorios, concediendo facultades coercitivas á sus Juntas directivas.

Segunda. Que se recomiende el mantenimiento de los Sindicatos farmacéuticos en donde funcionen legalmente, en tanto no demuestre la práctica la eficacia del nuevo estatuto de los Colegios.

Tercera. Presentar á los Poderes públicos el proyecto aprobado para la intervención del farmacéutico en la lucha contra el paludismo y régimen de administración de la quinina en las zonas palúdicas.

Cuarta. Telegrafiar al Dr. Andreu saludándole efusivamente.

Nombramiento.—Ha sido elegido jefe del Dispensario de Ginecología del Instituto de la Encarnación, en la vacante producida por la muerte de nuestro inolvidable y querido compañero el Dr. Becerro Bengoa, el Dr. Botín.

Para nuestros viejos y nuevos ricos. Los donativos Rockefeller.—La Memoria del General Education Board, de New York, correspondiente á 1919-20, da cuenta de la distribución de los donativos hechos con destino á la enseñanza por el millonario Rockefeller, que asciende á la suma de 70.000.000 de dólares. Gran parte de esta cantidad se concedió al mejoramiento de los sueldos del profesorado de las Universidades.

A las Escuelas de Medicina se concedieron cantidades por valor de 13.061.747 dólares, incluyendo 4.000.000 para la creación de una nueva escuela en la Universidad Vanderbilt, y 5.000.000 para la creación de otra en la Universidad de Rochester.

La cooperación de los millonarios norteamericanos á la labor pedagógica encomendada á los Estados, es ejemplo digno de ser imitado por nuestros nuevos ó viejos ricos.

Los farmacéuticos.—Dos noticias lamentables ha publicado la prensa diaria en la semana pasada relacionadas con nuestros compañeros los farmacéuticos; una de ellas la de que el Juzgado de instrucción del Hospital de Barcelona ha enviado una comunicación el día 22 al gobernador de aquella capital, ordenándole la clausura provisional del Sindicato de farmacéuticos de Barcelona; y la otra en que se da cuenta de que en Zaragoza y en una farmacia de la calle de Méndez Núñez, D. Ricardo Gorriz, propietario del establecimiento, y que en el corriente cuatrimestre venía formando parte de los jurados que entienden en las causas que se siguen por terrorismo, fué sorprendido por un sujeto que desde la propia puerta de su farmacia le disparó dos tiros, uno de los cuales le atravesó una oreja.

El contraste que forman estas dos noticias nos hace protestar de la actuación de elementos evidentemente ajenos á la vida profesional que entorpecen el desarrollo de ésta con positivo perjuicio para todos.

En la Asociación de estudiantes de farmacia.—En la Asociación oficial de estudiantes de farmacia dió el día 23 el catedrático D. Odón de Buen una interesante conferencia acerca del tema «La obra científica de D. Blas Lázaro».

El conferenciante hizo un detenido estudio de la magna labor realizada por el que fué hasta hace poco catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, poniendo de manifiesto cuánto contribuyó el doctor Lázaro al conocimiento de la Botánica en España.

El numeroso público que llenaba el local de la Asociación de estudiantes de farmacia premió con grandes aplausos la sabia disertación del conferenciante.

El tifus en Murcia.—Comunican de Murcia que se han registrado varios casos de tifus que por su importancia han producido alarma en aquel vecindario.

Las autoridades en evitación de que el mal se propague han adoptado medidas para combatir la epidemia.

Merecida recompensa.—El acto heroico realizado hace algún tiempo por el ilustrado capellán de Caballerizas Reales, D. Cipriano Santamaría y Maeso, que se prestó voluntaria y generosamente á transfundir su sangre al organismo del malogrado joven hijo del Dr. Ulecia, ha sido, como se esperaba, justamente recompensado.

En la *Gaceta* del día 19 se publicó un Real decreto concediendo al Sr. Santamaría la gran cruz de la Orden civil de Beneficencia, con distintivo blanco y negro.

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

LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL DR. GIRAL

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

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 bursales, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



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

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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

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