

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

### REDACTORES:

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

### 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: Estudio hematológico y clínico de un caso de leucemia aguda monocítica, por el Dr. R. Alvarez de Toledo y Valero.—Meningitis tuberculosa diagnosticada á favor del examen del ojo, por el Dr. Victor Ribón.—Las epidemias tíficas y el teorema de Hazen, por el Dr. Murillo.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Documento parlamentario.—La cuestión de los manicomios españoles, por José M. de Villaverde.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el doctor Cesaldeo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Laboratorio de Medicina Legal de la Universidad de Granada.

## Estudio hematológico y clínico de un caso de leucemia aguda monocítica

POR EL

DR. R. ALVAREZ DE TOLEDO Y VALERO

Catedrático numerario de Medicina Legal y Toxicología.

Los casos de leucemia aguda en general, sobre todo en nuestra región, son relativamente raros, y los de la variedad monocítica en particular mucho más raros aún.

Al encontrarme en mi clientela privada con uno de ellos, cuyo diagnóstico pude hacer desde los primeros momentos (aunque en realidad no sospechase al principio se tratara en él de tal proceso morboso), merced á una exploración clínica metódicamente llevada á cabo, he considerado de utilidad el publicarlo ya que esta observación desde el punto de vista hematológico es interesante.

\*\*\*

La señorita N. N., de veintiocho años de edad, natural y vecina de esta población, cayó enferma repentinamente en la noche del día 10 del pasado Octubre, una hora después de la comida. Sintió entonces un muy violento dolor epigástrico acompañado de vómi-

tos incesantes. A la mañana siguiente fui llamado para prestarle asistencia. La enferma muy decaída era presa de agitación en extremo violenta y de una profunda sensación de desfallecimiento. La temperatura axilar de 37°,5 C. Los vómitos que continuaban siendo incoercibles eran de substancias hilantes y blancas: el pulso estaba en 136-140 latidos por minuto.

Los puntos: cístico biliar, epigástrico, pancreático de Desjardins, y la zona colédoco pancreática de Chauffard, muy dolorosos, la defensa muscular del abdomen muy grande.

Un análisis de orina practicado por mí poco rato después proporcionó estos datos:

Densidad.....	1.030
Seroalbúmina.....	0,50 gramos por 1.000
Albumosas.....	Indicios.
Glucosa.....	0
Acetona.....	Bastante.
Pigmentos biliares.....	0
Acidos biliares.....	0
Urobilina.....	0

El examen con microscopio del sedimento de centrifugación, demostró la existencia de estos elementos: numerosas granulaciones de uratos y de fosfatos amorfos, leucocitos, células de epitelios pavimentosos y del de los canalículos renales: cilindros del riñón hialinos y granulados, en número no escaso.

Como á pesar del tratamiento que dispuse la enferma no mejoraba; como el pulso continuaba siendo alar-



mante por su frecuencia y pequeñez, los vómitos eran igualmente tenaces y el dolor epigástrico y hepático era ya intensísimo, no sólo a la presión sino espontáneamente, y como el diagnóstico no estaba muy claro, pues podía pensarse en varios procesos patológicos abdominales (¿perforación de estómago, pancreatitis aguda, colecistitis aguda, cólico hepático, etc.), extremé los métodos de exploración de laboratorio; y análisis de heces y otro de sangre realicé lo primero.

Ningún dato importante me proporcionaron las heces fecales: pero el análisis de la sangre practicado en el quinto día del padecimiento de la señorita N.N., cuando no había nada más que el cuadro del afecto abdominal descrito, dió á conocer hechos de una gran importancia.

Hemoglobina..... 80 = 114 por 100 correg. (Sahli).  
Hematíes..... 5.000.000 por mm<sup>3</sup>.  
Leucocitos..... 80.000 por mm<sup>3</sup>.

La fórmula leucocítica por 100, era:

Hemocitoblastos (Ferrata).....	27	
Mielocitos neutrófilos.....	1,4	
— eosinófilos.....	0	
— basiófilos.....	0	
Polinucleares neutrófilos.....	2,2	
— eosinófilos.....	0	
— basiófilos.....	0	
Linfocitos típicos.....	8,4	
— leucocitos azurófilos.....	0,2	8,6
Grandes mononucleares atípicos ó inmaduros: Monoblastos de Ferrata.....	60,8	
Linfoleucocitos típicos.....	0	0
— grandes mononucleares.....	0	
— formas de tránsito.....	0	
Células de Rieder.....	0	
— de Türk.....	0	
Plasmazellen.....	0	
Hematíes nucleados.....	0,4	

(Células contadas, 500. mét. May G ünwald Giemsa.)

Como es natural, el diagnóstico de ESTADO LEUCÉMICO AGUDO fué formulado en seguida, cuando aún ningún dato clínico hacía pensar que tan grave trastorno hemático estuviese evolucionando, y el pronóstico fatal de la dolencia precomunicado á la familia de la enferma.

Los hechos se encargaron bien pronto de demostrar que nuestras afirmaciones diagnósticas y nuestras predicciones estaban bien fundamentadas.

En la noche del quinto al sexto día una violenta epistaxis se produjo (es decir, doce horas después de hecha la investigación de la sangre) y la orina apareció á la madrugada intensamente teñida por el líquido hemático.

La agitación iba en aumento, y la enferma, en insomnio continuo, se quejaba de dolorimiento intenso y generalizado, especialmente de los miembros.

A la mañana siguiente, las encías y la faringe estaban notablemente inflamadas, de color rojo cereza obscuro, y muy dolorosas.

Una extensa erupción purpúrica localizada en el rostro, cuello, tórax, espalda y miembros superiores apareció entonces, siendo precedida en los primeros días por extensos equimosis en cuantas inyecciones hipodérmicas le hice. El bazo estaba ya notablemente aumentado de volumen y muy doloroso. El cuadro de la leucemia agu-

da en este día (7.º de enfermedad), estaba ya completo.

A pesar de ello, en este momento practiqué reacciones de aglutinación para los bacilos: tíficos, paratíficos  $\alpha$  y  $\beta$ , PROTEO X<sup>19</sup>, y micrococo, de Bruce, siendo todas ellas negativas.

El hemocultivo me permitió aislar un diplococco Gram negativo, que no fué aglutinado por sueros antemeningocócicos; diplococo que se cultivó medianamente en caldo peptonizado ordinario, y bien en caldo peptoglucosado, agar y agar ascítico.

No obstante la enérgica terapéutica empleada (suero equino, hemostyl, peptona en disolución salina al 5 por 100, adrenalina, coleslerina, cloruro de calcio, opoterapias hepática y esplénica), la señorita N. N. se fué agravando cada vez más, y con temperaturas elevadas que oscilaron de aquí en adelante entre 39º y 40º 6, dejó de existir á los diez y seis días de estar enferma y sin que el síndrome hemorrágico desapareciera.

En resumen, este típico caso de leucemia aguda revistió las formas llamadas por Gilbert y Weil, buco-faríngea o pseudoescorbútica y hemorrágica.

\* \*

Entre los antecedentes patológicos de la señorita N. N. merece ser citado el hecho de haber tenido una hermana, muerta á los diez y ocho años de tuberculosis laríngea y el que nuestra enferma padeciera en el año anterior y durante mes y medio (de Mayo á Junio) una infección febril intensa no diagnosticada definitivamente; pero que por haber dado aglutinaciones negativas (á los gérmenes del grupo tífico y al coco de Bruce) y estar infartada la mayor parte de los ganglios linfáticos de la cadena carotídea izquierda y tener una fórmula subleucénica linfadenóidea caracterizada por:

Leucocitos.....	7.100 por mm <sup>3</sup> .
Hemocitoblastos.....	0,6
Mielocitos neutrófilos.....	0,6
— eosinófilos.....	0
— basiófilos.....	0
Polinucleares neutrófilos.....	37,9
— eosinófilos.....	0
— basiófilos.....	0
Linfocitos típicos.....	36,3
— grandes.....	0,3
— leucocitos sin granulaciones azurófilas.....	4,3
— toides con id. id.....	10,9
Linfoleucocitos.....	2,6
— grandes mononucleares.....	3,5
— formas de tránsito.....	6,1
Células de Türk.....	1
— de Rieder.....	2
Hematíes nucleados.....	0

(Células contadas, 30, mét. de Feuner)

fué sometida á un enérgico tratamiento por iodo y arsénico y enviada por mí á hacer cura de altura y helioterapia al cercano pueblo de Viznar, en donde se restableció notablemente, permaneciendo allí también durante todo el verano del año actual, regresando á Granada á mediados de Septiembre en un estado de salud tan bueno, al menos aparentemente, que había ganado 7 kilogramos con respecto al peso final del año 1919 y 20 kilogramos con relación al del comienzo de la primera temporada de veraneo de ese mismo año.



Al regresar á esta ciudad á fines de Septiembre de 1919, tenía 7.000 leucocitos por  $\text{mm}^3$  y 60 por 100 de polinucleares neutrófilos y 28 por 100 de cifra total de linfocitos.

Aunque en el momento del final del segundo verano no hice análisis de sangre, pues no había motivo para ello, ya que desde el último trimestre de 1919 la señorita N. N. no había necesitado asistencia médica y además estaba muy gruesa, alegre, de buen color, con euforia, en una palabra, de suponer es que dado el excelente aspecto de la joven fuese su fórmula hemática normal; pero á los pocos días del regreso á la ciudad padeció una intensa gastroenteritis de la que con tratamiento apropiado curó en cuatro ó cinco días, y bien estuvo hasta el 10 de Octubre, en que comenzó el proceso rápidamente mortal que se ha descrito.

¿Qué etiología y patogenia ha podido tener este caso de leucemia aguda?

La discusión claro es que no puede ser llevada muy lejos por la falta de los datos de autopsia que en las leucemias son absolutamente indispensables, puesto que hasta el día la patogenia de ellas permanece en el misterio, autopsia que en este caso no se pudo llevar á cabo por ser una enferma de la clientela privada.

¿Se trataba en esta señorita de una infección por bacilos tuberculosos cuya primera etapa se recorriera en Mayo del año anterior y cuya puerta de entrada fuese la cadena ganglionar carotídea izquierda, tan infartada entonces, dando así la razón á los que como Rivet creen que el bacilo tuberculoso de Koch localizándose en los órganos hematopoyéticos produce las leucemias agudas y crónicas: ó por el contrario, de una infección banal cuyo comienzo localizado fuese la gastroenteritis de los últimos días de Septiembre y que después se generalizase, localizándose en los órganos hematopoyéticos, ganglios y médula ósea, lugar de menor resistencia en esta enferma, y cuyo agente productor fuese aquel diplococco Gram negativo que aislamos al hacer el hemocultivo?

Sin poder fundamentar mi opinión con los datos de la autopsia, me inclino á la primera hipótesis, teniendo en cuenta todos los antecedentes patológicos de nuestra enferma, de estirpe tuberculosa. En cuanto á la segunda posibilidad patogénica, no parece factible, pues ese diplococco se encuentra en multitud de afecciones septicémicas. Es el mismo ó parece ser el mismo que tantas veces aislamos, otros autores y nosotros, durante la pasada epidemia de gripe: es el mismo que he aislado en casos típicos de fiebre tifoidea, con aglutinación fuertemente + y marcha clínica indubitable.

Pero en este caso de leucemia aguda hay otro dato importante que puntualizar.

*Es la existencia año y medio antes de una fase de subleucemia, con cifra normal de leucocitos; pero con linfocitosis considerable (de casi 52 por 100) seguida de atenuación, al menos aparente.*

Esto es perfectamente compatible con la realidad. Los especialistas en estas materias han descrito casos: primero, de subleucemias que se han podido llamar intermitentes, caracterizadas por fases de agravación

con linfocitosis y fases de mejoría con fórmula leucocítica normal: y segundo, casos de subleucemias bruscamente convertidas en un síndrome hemorrágico de leucemia aguda con invasión enorme de la sangre por linfocitos (P. Morawits).

*Esto último es lo que ha sucedido en nuestra enferma; pero á diferencia de los casos de los autores, en este no eran linfocitos los que invadían la sangre, sino hemocitoblastos y además grandes mononucleares inmaduros ó monoblastos, particularidad esta última infrecuente y que por encontrarse espléndida en esta observación es por lo que hemos redactado este trabajo.*

Para terminar este párrafo, he de llamar la atención que la sífilis que en muchos casos de leucemias y de subleucemias desempeña importante papel, en éste, por datos indubitables recogidos, no tuvo ninguna participación.

\* \*

La fórmula hematológica investigada en los primeros días y que fué la base del diagnóstico precoz de leucemia aguda, no ha sido la única que hice, y en días sucesivos de la evolución del proceso, nuevas fórmulas leucocíticas fueron investigadas.

DÍA 18 DE OCTUBRE.—Tres días después de la primera fórmula y en el octavo día de enfermedad:

Leucocitos.....	9.000 por $\text{mm}^3$ .	
Hemocitoblastos.....		3,3
Mielocitos neutrófilos.....		1,7
— eosinófilos.....		0
— basiófilos.....		0
Polinucleares neutrófilos.....		2,6
— eosinófilos.....		0,6
— basiófilos.....		0
Linfocitos típicos.....		16,2
— leucocitoides.....	0	1,6
— azurófilos.....	1,6	1,6
Grandes mononucleares inmaduros ó monoblastos de Ferrata.....		70
Linfoleucocitos.....	grandes mononucleares típicos..	0
	formas de tránsito.	0
Células de Rieder.....		0
— de Türk.....		0
Plasmazellen.....		0
Hematíes nucleados.....		0

(Células contadas, 300, Grünwald-Giemsa).

DÍA 20 DE OCTUBRE.—Dos días después de la anterior y en el décimo de enfermedad:

Leucocitos.....	2.100 (!) por $\text{mm}^3$ .	
Hemocitoblastos.....		6
Mielocitos neutrófilos.....		5
— eosinófilos.....		0
Mastmielocitos.....		0
Polinucleares neutrófilos.....		11
— eosinófilos.....		1
— basiófilos.....		0
Linfocitos típicos.....		19
— leucocitoides.....	0	6
— azurófilos.....	6	6
Grandes mononucleares inmaduros ó monoblastos.....		52
Linfoleucocitos ó grandes mononucleares típicos.....		0
Células de Rieder.....		0
— de Türk.....		0
Plasmazellen.....		0
Hematíes nucleados (eritroblastos).....		0

(Células contadas, 200, Lehisman).



DÍA 23 DE OCTUBRE.—Tres días después de la anterior, en el trece de enfermedad y tres antes de la muerte:

Leucocitos.....	8.600 por mm <sup>3</sup> .	
Hemocitoblastos.....	18,3	
Promielocitos neutrófilos.....	1	
Mielocitos neutrófilos.....	3	
— eosinófilos.....	0	
— basiófilos.....	0	
Polinucleares neutrófilos.....	8,5	
— eosinófilos.....	0	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	15	} 19,4
— leucoci- { no azurófilos.....	3	
{ azurófilos.....	1,4	
Grandes mononucleares inmaduros ó monoblastos.....	49,8	
Grandes mononucleares típicos (infolleucocitos).....	0	
Células de Rieder.....	0	
— de Türk.....	0	
Plasmazellen.....	0	
Proeritroblastos.....	10(1)	
Eritroblastos.....	3	

(Células contadas, 400, Leishmann y May Grünwald-Giemsa).

Al analizar las fórmulas precedentes y la primera que fué más arriba indicada, un hecho importante salta en seguida á la vista; es, el de la disminución rapidísima de la cifra total de los leucocitos.

De 80.000 por mm<sup>3</sup> que había en el primer análisis, descendió muy pronto á 9.000, 2.100 (!) y 8.600.

Ese hecho demuestra una vez más cuánta relación guardan entre sí los estados leucémicos y subleucémicos; seguramente que todo dependerá del poder de excitación ó inhibición reproductora que sobre los órganos leucopoyéticos ejerzan las toxinas de los microbios hasta hoy por desgracia desconocidos: pero que á no dudarlo deben existir en la patogenia del proceso leucémico, opinión que es sostenida por todos los especialistas en hematología.

Mas no es esto sólo. Me atrevo á afirmar que en este caso la terapéutica empleada por mí en el tratamiento de esta enferma debe ser la causa de la disminución del número total de los leucocitos tan rápidamente producida; hecho que, como es sabido, acontece de manera asaz frecuente en el curso de las leucemias crónicas al poner en práctica determinados procederes terapéuticos (radioterapia, por ejemplo).

De todos los medicamentos que utilicé, dos sobre todo pueden haber originado la hemoclasia acontecida en nuestra enferma.

Es uno de ellos, el suero de caballo. Si bien este agente en condiciones ordinarias es leucocitósico, si por sensibilización anterior de un sujeto, al aplicarlo nuevamente desencadena un choque anafiláctico, aun muy atenuado, debe producir hemoclasia (2) y por ende disminuir el número de leucocitos. Y nuestra enferma varios años antes tuvo una difteria faríngea que le fué tratada específicamente.

(1) Es decir, 10 por 100 del total de leucocitos contados, pero no incluidos en el porcentaje de éstos.

(2) Este punto que ha sido demostrado por numerosos autores, lo hemos comprobado también nosotros experimentalmente. Véase á este efecto, nuestro trabajo. "Valor de la reacción de anafilaxia en el diagnóstico médico-legal de la sangre," Tesis de ingreso en la Real Academia de Medicina de Granada, Febrero de 1915.

Además, fundándonos en las interesantes indicaciones de Nolf y Hery de tratar la hemofilia con *inyecciones hipodérmicas de soluciones acuosas de peptona al 5 por 100*, nosotros para combatir el síndrome hemorrágico predominante en esta enferma, le administramos reiteradamente aquel agente terapéutico: y las peptonas introducidas bruscamente en la circulación general producen entre otros fenómenos una pronunciada *leucopenia*. Es lo que desde los bellos trabajos de Schmidt Mülheim reconoce con el nombre de *reacción biológica de las peptonas*. Y es á partir de las primeras inyecciones de estas sustancias cuando disminuyó el número de los leucocitos de la señorita N. N.

Por todas estas razones y teniendo en cuenta que al comienzo de la enfermedad que describimos existía verdadera hiperleucocitosis con fórmula anormal á pesar de que luego, aun persistiendo esta anormalidad, había cifras normales del número total de leucocitos, no hemos titubeado en calificarla de *leucemia aguda*, pues no sólo es fundamental en los estados leucémicos el número global de leucocitos, sino que tanto ó más lo es la existencia de células inmaduras, abundantísimas en nuestro caso.

El estudio de las fórmulas leucocíticas que han sido detalladas proporciona todavía más datos de interés.

Uno de estos datos interesantes es el predominio marcadísimo de los grandes mononucleares inmaduros, monocitos, ó mejor dicho, siguiendo á Ferrata, monoblastos.

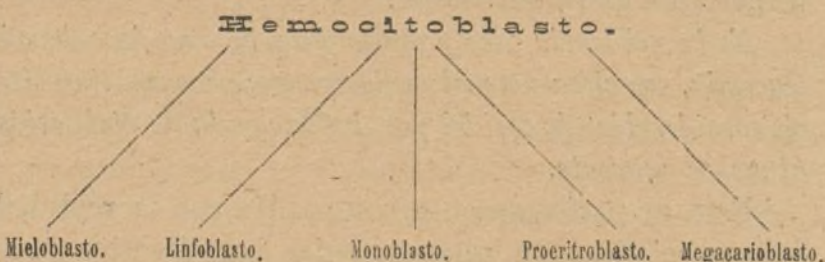
Recuérdese asimismo la existencia de las formas primordiales de los leucocitos, esto es, de *hemocitoblastos* (Ferrata), ó *linfoidocitos* (Pappenheim) de los unicistas; ó *mieloblastos* y *linfoblastos* de los dualistas.

*Hemocitoblastos* y *monoblastos* fueron, pues, las dos variedades de leucocitos inmaduros que por ser muy abundantes constituyeron la característica de la fórmula leucocítica de nuestra enferma.

El hecho de esta coexistencia será de una gran importancia para los hematólogos, y parece confirmar, en efecto, la teoría de Ferrata, acerca de la génesis de los grandes mononucleares, monocitos ó linfocitos.

Se sabe, en efecto, que en la bella teoría unicista del profesor de Nápoles, se hacen derivar todas las células de la sangre, eritrocitos y leucocitos, de una sola célula primordial mononucleada, de protoplasma basiófilo y desprovista de granulaciones, ya específicas, ya azurófilas.

De ese hemocitoblasto, según Ferrata, se han de diferenciar *cinco tipos celulares* progenitores, respectivamente, de los eritrocitos, de los granulocitos, de los linfocitos, de los monocitos y de las plaquetas, y que son:



es decir, que de la misma manera que de la célula primordial á las plaquetas se llega á partir de una célula



ya diferenciada, el *megacarioblasto*: á los hematíes de otra asimismo diferenciada, el *proeritroblasto*, á los linfocitos, del *linfoblasto*; y á los granulocitos, del *mieloblasto*, así también al monocito, ó gran mononuclear, se llega por intermedio de una célula equivalente á aquella, el *monoblasto*.

Las células en cuestión que tan abundantes fueron en la señorita N. N., evidentemente eran monoblastos. Grandes células mononucleadas, con núcleo no rico en cromatina, redondo ú oval, ligeramente excéntrico, y relativamente pequeño; protoplasma amplio, basófilo y sin granulaciones. Parecíanse, pues, á las células endoteliales descansadas de las paredes vasales admitidas por Patella, é inaceptables para la mayoría de los hematólogos.

Sin embargo, hay que confesar que hubiera sido muy importante para demostrar el ciclo evolutivo de los monocitos el poder comprobar la existencia de los linfocitos ya maduros, pero ninguno fué encontrado en las múltiples observaciones practicadas.

Mas, volvemos á repetirlo, á nadie sino á esos monoblastos se les podía asimilar por sus caracteres morfológicos.

Las cifras percentales representativas de esos leucocitos, fueron, según se ha dicho: 60,8—70—52—49,8.

El otro dato del más alto interés fué la aparición en los últimos días, cuando la enferma había perdido ya grandes cantidades de sangre, no sólo de eritroblastos, sino de *proeritroblastos* y *eritroblastos basófilos*, células, como es sabido, muy fáciles de confundir con los hemocitoblastos y mieloblastos y linfoblastos, pues como ellos tienen un halo reducido de protoplasma basófilo con núcleo voluminoso, pero que los expertos en estas cuestiones conocen bien porque ese núcleo tiene los caracteres de los núcleos de la serie hemoglobínica, esto es, constituido por segmentos de cromatina separados por espacios claros que le dan el aspecto de una masa.

Por último, existencia de otros leucocitos no maduros: promielocitos y mielocitos neutrófilos y eosinófilos y de determinadas, aunque muy pocas, células de Rieder, y disminución de los leucocitos normales, especialmente de los granulocitos, son los datos que completan la fórmula de este caso.

Al analizarlo, grandes semejanzas encontrarán los estudiosos en estas cuestiones entre él y otros dos casos análogos publicados: el de Hassan Rechat y Schilling-Torgan, de un lado, y el de Fleischmann, de otro.

\*\*\*

Si bien no podemos terminar esta historia clínica con los datos de la autopsia, que permitieran demostrar exactamente en qué órganos hematopoyéticos asentaban las lesiones causa de este síndrome leucémico, los conocimientos actuales sobre hematopoyesis conseguirán llenar esta laguna de nuestra descripción.

Si Türk sostuvo que los *esplenocitos* de la pulpa del bazo eran los únicos progenitores de los grandes mononucleares, tal punto de vista no ha podido ser mante-

nido, pues Banti demostró que en animales esplenotomizados no había modificación alguna en el porcentaje de los linfocitos y Ferrata y Negreiras Rinaldi son opuestos al origen exclusivamente esplénico de los monocitos.

Es sobre todo á nivel de la medula ósea en donde radica de modo especial el centro de origen de los grandes mononucleares.

Luego en la medula ósea y quizá algo en el bazo es en donde asentó principalmente la causa de este conjunto sintomático de leucemia aguda.

\*\*\*

Ahora bien: como fuera de los primeros días de la evolución de este caso el número de leucocitos estuvo representado por cifras normales y aun subnormales, se nos podría objetar que más que de un caso de leucemia aguda se trataría de uno de púrpura, ó en último extremo de uno de pseudoleucemia aguda.

Con la púrpura, no obstante el síndrome hemorrágico predominante en la señorita N. N. análogo al de aquella, no hay confusión posible, porque en la púrpura como dato hematológico importante, se halla la polinucleosis, mientras que en la enferma, sujeto de este estudio, había predominio evidente de mieloblastos y de linfocitos inmaduros ó monoblastos, y como Sternberg decía muy bien en 1911, en la reunión de los naturalistas alemanes, *la leucemia aguda es una leucemia de mieloblastos*.

En cuanto á la subleucemia, la discusión sí puede ser entablada.

Si no hubiésemos hecho el primer análisis de sangre en momentos en que ni sospecharse podía que la señorita N. N. estaba sufriendo los comienzos de un fatal proceso morboso hemático, y los hubiésemos practicado en los momentos ulteriores cuando el síndrome de una púrpura se hallaba en evolución, dadas las cifras totales normales de leucocitos que habíamos encontrado, hubiéramos formulado un diagnóstico de *subleucemia aguda*. Pero como obtuvimos al principio una fórmula de 80.000 leucocitos por mm.<sup>3</sup>, nosotros afirmamos que nuestra enferma tuvo una leucemia aguda, que se convirtió en subleucemia, por la hemoclasia producida con la terapéutica utilizada.

\*\*\*

En resumen y para terminar:

Comienzo brusco de la dolencia con un síndrome de grave afecto abdominal y continuación con el cuadro clínico de una púrpura infecciosa con predominio de los signos buco-faríngeos y hemorrágicos.

Infarto de los ganglios linfáticos del lado izquierdo del cuello; pero menos que en otras épocas de la historia patológica de esta enferma.

Infarto del bazo y dolores de los miembros como expresión de la afección de la medula ósea.

Hiperpirexia.

Existencia de una nefritis. Tales son las características clínicas de este caso de leucemia aguda.

Existencia año y medio antes de un proceso mor-



boso agudo febril, con fórmula hematológica de subleucemia. Normalidad de esa fórmula durante bastante tiempo después.

Aumento, al comenzar el proceso morbo, muy grande del número de leucocitos: cifras subnormales y normales más tarde, probablemente por influencias terapéuticas.

Existencia de algunos hematíes nucleados, cifras normales de hematíes al comienzo y subnormales después con aparición de proeritroblastos.

Existencia de gran número de hemocitoblastos y monoblastos durante toda la evolución del caso clínico.

Tales son los rasgos hematológicos fundamentales del mismo.

Granada, Febrero 1921.

### Meningitis tuberculosa diagnosticada á favor del examen del ojo

POR EL

DR. VICTOR RIBÓN, de Bogotá (Colombia).

El 17 de Julio próximo pasado fui invitado por el joven D. Luis Patiño Camargo, inteligente y competente estudiante de Medicina que desempeña correctamente el puesto de Jefe de Clínica de vías urinarias (á cargo del eminente médico y habilísimo cirujano doctor Zoilo Cuéllar Durán), á que practicara el examen del fondo de los ojos de Ascensión Pataquiva, mujer casada, de treinta y cuatro años, madre de tres hijos, de profesión sirvienta, y nacida en Cajicá (1). Conducida con no poco trabajo de la sala de Santa Isabel (tercer piso del Hospital de San Juan de Dios) á la cámara oscura anexa al servicio de órganos de los sentidos (sección femenina) encomendado á la mucha ciencia y á la alta pericia en el ramo del ilustre profesor Dr. Celso Jiménez López, procedí al examen solicitado; pero antes observaré que la enferma se quejaba de mucho dolor de cabeza, de vértigos, que su marcha era titubeante como la de una persona ebria, que sus piernas se doblaban involuntariamente, sobre todo al bajar las escaleras que unen la mencionada sala al segundo piso del edificio; efectos que la paciente atribuía á súbita debilidad que se había apoderado de ella, pero que en realidad, y dada la ausencia de incoordinación tabética, deben atribuirse á perturbaciones funcionales del cerebro.

Los datos que, por escrito, me suministró el Sr. Patiño y referentes á la lesión que se trataba de diagnosticar son los siguientes: á los once días de haber sido operada de una nefrectomía izquierda para curarla radicalmente de una tuberculosis del correspondiente riñón, comenzó á quejarse de cefalalgia leve y vaga, que mejoró transitoriamente con una dosis de bromuro de sodio; después se acentuó el dolor, que cedió nuevamente con la administración de salicilato de sodio y de aspirina; al

presentarse por tercera vez este síntoma, revistió caracteres de extremada gravedad, acompañado de obscurecimiento del campo visual y de ligera sordera que persistieron á pesar de su tratamiento por el cloral; el 15 de Julio, la tenacidad de este síndrome parecía indicar se tratara de una meningitis cuya naturaleza precisaba determinar. El interno le practicó una punción lumbar que dió salida á recio chorro de líquido céfalo-raquídeo semejante por su impetuosidad al de la sangre que se escapa de una arteria completamente seccionada; el líquido era turbio; practicado su examen microscópico en el Laboratorio de Higiene, el muy competente doctor Jorge Martínez Santamaría contó sus elementos sólidos y halló los siguientes: 191 glóbulos polinucleares; 53 linfocitos; 25 grandes mononucleares y 53 glóbulos rojos; total, 279 leucócitos y 53 hematíes; hizo además siembras en medios apropiados é inoculó un curi.

\*\*\*

Situada convenientemente la enferma, orientados sus ojos en la dirección apropiada y bien alumbrado el fondo de éstos, hallé en ambos, pero especialmente en el derecho, lo que sigue: edema de la papila y *éctasis* papilar; este último síntoma se observa en los neoplasmas intracraneales, en las diversas compresiones cerebrales y en la meningitis tuberculosa. Bien sabido es que cuando la inflamación meníngea se localiza únicamente en la piamadre y en los prolongamientos que ésta envía á los nervios ópticos, hay una simple neuritis; pero en el caso que tenía á la vista, la *éctasis* papilar confirmaba las sospechas de una meningitis tuberculosa que casi imponían los antecedentes de la enferma; por otra parte, entre las lesiones meníngeas provocadas por el bacilo de Koch son muy frecuentes la hidrocefalia ó la hidropesía de los ventrículos, cada una de las cuales se traduce también por la mencionada *éctasis*. Esta se observa sobre todo en las afecciones que determinan un aumento en la presión intracraneal, lo que sucede de ordinario en los tumores cerebrales, ya sean de rápido ó de lento crecimiento; en efecto, un tumor de estos últimos ocupa, á medida que va desarrollándose, un espacio cada vez mayor en la caja del cráneo, y como ésta es inextensible, resulta un aumento en su presión interior que produce la compresión y el rechazo del líquido céfalo-raquídeo, del que huye una parte hacia la medula espinal y otra hacia el nervio óptico, en cuyo caso los espacios vaginales de las vainas de éste, que comunican con los que existen entre las membranas cerebrales, se hallan ensanchados y repletos de serosidad que se ha insinuado á través de sus paredes, proceso físico-mecánico conocido con el nombre de *hidropesía de la vaina del nervio óptico*; es precisamente este hecho el que sirve de base á la teoría de Schmidt-Manz relativa al desarrollo de la neuritis: á consecuencia de la acumulación de la serosidad en los espacios vaginales, se produce la *éctasis* linfática en el tronco mismo del nervio óptico, especialmente al nivel de la lámina cribosa, cuyas lagunas linfáticas se comunican fácilmente con aquéllos. El edema de la lámina cribosa determina la compresión

(1) Población unida por vía férrea á la capital de la República de la que dista apenas 85 kilómetros, y en condiciones climatológicas, geológicas, etc., análogas, por estar situada también en la Sabana de Bogotá.



de los vasos centrales, cuyo efecto es más intenso y notorio sobre la vena que sobre la arteria central de la retina, pues como este último vaso lleva constante é incesantemente nuevas cantidades de sangre á las que la vena no alcanza á dar salida, sobreviene forzosamente la tumefacción del nervio óptico que, á causa de la misma, está aprisionado, por decirlo así, á su paso á través del estrecho agujero de la esclerótica; de aquí el enorme edema de su papila. La neuritis que así se produce debe atribuirse, no tanto á una inflamación propiamente dicha, como á un edema inflamatorio; por esto se la designa con el nombre de neuritis de *éctasis* ó de papila de *éctasis*; constituye, pues, un síntoma muy importante del aumento de la presión cerebral.

La *propagación directa* de la inflamación del cerebro al nervio óptico debe ser admitida, principalmente, en los casos en que el proceso irritativo se localiza en su base como acontece ordinariamente en la meningitis tuberculosa (Fuchs).

\*\*\*

El edema que en mi paciente acompañaba á la dilatación venosa y á la rubicundez de la papila era tan notorio, que la terminación del nervio óptico parecía nebulosa ó turbia; casos como éste hacen pensar en una de dos cosas: ó en que la lente que amplifica la imagen está empañada, error que se rectifica con la simple inspección de ella retirada de cerca del ojo y expuesta directamente al manantial de luz, que sirve para la oftalmoscopia, ó en que no se puede enfocar el fondo del ojo que se examina, suposición que debe desecharse, puesto que, en seguida y con la acostumbrada facilidad, se puede percibir detalladamente el del aparato visual, exento de toda enfermedad que empañe sus medios transparentes, en otras personas.

Por lo que respecta á la *éctasis* papilar, se puede y se debe eliminar en el caso de la señora Pataquiva la propia á las compresiones cerebrales de otro orden y, en especial, á las de origen mecánico provocadas por tumores, porque en éstas la papila es más saliente, su desorganización es mayor y hay, con frecuencia, exudados y verdaderas hemorragias (Galezowski Juan).

\*\*\*

El mismo día del examen, y poco después de terminado éste, la enferma enloqueció; su delirio era tranquilo y alegre; la causa de su locura dependía, indudablemente, de la reacción provocada en las meninges por la presencia de las granulaciones miliarias.

Como detalle curioso anotaré el de que la cefalalgia había desaparecido en absoluto.

Por la tarde se la trasladó al Servicio de clínica general.

En las primeras horas de la noche siguiente perdió la facultad de hablar, fenómeno que se observa en casi todas las meningitis de la base (y la tuberculosa lo es), producido á mi modo de ver, lo que dejó sujeto á ulteriores rectificaciones de mis colegas, á la compresión ejercida por el exudado inflamatorio de la cara inferior del cerebro sobre los nervios glossofaríngeo, grande hi-

pogloso, neumogástrico, etc., que animan á los órganos que interesan en la formación ó en la articulación de las palabras.

El 19 murió; la autopsia, practicada por el Sr. Patiño Camargo, reveló las lesiones macroscópicas que siguen: á lo largo de la hoz del cerebro, marcada hiperemia; rota la hoz sale abundante cantidad de sangre flúida; la piamadre está congestionada en todo el territorio de la arteria silviana, en el que además presenta pequeñas y finas granulaciones que la hacen aparecer como espolvoreada con sal molida; se encontraron también allí dos cuerpecitos redondos y grises, semejantes á dos alverjas; se reservaron para estudiarlos convenientemente, pedazos de cerebro, de meninges, de bulbo y de medula, así como los cuerpecitos últimamente mencionados.

El examen microscópico practicado por el Dr. Jorge Martínez Santamaría en secciones de las meninges medulares, demuestra: 1.º, que están infiltradas por numerosas células endoteliales y por linfocitos; 2.º, que hay abundancia de vasos cuyas paredes están cubiertas por gran cantidad de aquéllas, y 3.º, que en uno de éstos se observa una célula gigante (Graghans).

Diagnóstico del Dr. Jorge Martínez Santamaría que confirma el mío: *Muy seguramente se trata de una meningitis tuberculosa.*

NOTA. — La marcha de la meningitis tuberculosa del adulto difiere á menudo de la del niño: sus formas anormales, *bastantes frecuente*, han sido bien estudiadas por Chantemesse. (Dieulafoy, *Meningitis tuberculosa del adulto.*)

Las formas atípicas de la meningitis tuberculosa del adulto *llegan rápidamente al coma y á la muerte, y la forma delirante presenta la particularidad de que la evolución de la enfermedad puede hacerse sin que la temperatura se eleve.* (Jaccoud, *Clínica Médica.*)

Además, como mi estudio versa únicamente sobre el diagnóstico de la enfermedad, he prescindido de su sintomatología que fué incompleta, á lo que contribuyó en gran parte la rapidez de la marcha del proceso patológico que evolucionó completamente y se terminó con resultado fatal á las cuarenta y ocho horas, apenas de haber practicado mi examen ocular. (Ribón.)

Bogotá (Colombia), Octubre de 1920.

### Las epidemias tíficas y el teorema de Hazen <sup>(1)</sup>

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

He ahí cifras que son verdaderamente aterradoras. Teníamos entendido que Moscou con el 56 y Petersburgo con el 126, eran cimas insuperables en los gráficos de la fiebre tifoidea, pero Barcelona gana la partida y, resueltamente, entra en competencia con las ciudades europeas que se disputan el honor de ser la corte macabra del tifus. ¿No les parece á los señores académicos que esta lastimosa inferiori-

(1) Véase el número anterior.



dad significa la negación en firme de los alardes culturales de la «Lliga»? La inculpación que debiera extenderse á Tarragona y Girona (véase el cuadro núm. 2) es tanto más justa y merecida cuanto que el problema de limpiar las urbes de infecciones tifoideas, no ofrece hoy dificultades de ningún género, técnicas ni económicas.

## CUADRO NUMERO 2

## FIEBRE TIFOIDEA

*Las ocho capitales de mayor y menor mortalidad, por 100.000 habitantes, durante el trienio de 1917 á 1919.*

MAYOR MORTALIDAD		MENOR MORTALIDAD	
Por 100.000.		Por 100.000.	
Almería.....	530	Orense.....	5
Tarragona.....	243	Ciudad Real.....	10
Zaragoza.....	243	Lugo.....	16
Barcelona.....	211	Cádiz.....	18
Córdoba.....	190	Santa Cruz de Tenerife	18
Cuenca.....	169	Coruña.....	21
Girona.....	163	Pontevedra.....	23
Toledo.....	162	Zamora.....	34

Una experiencia abrumadora por las proporciones é incontestable por las pruebas, demuestra que la fiebre tifoidea disminuye el 60 ó 70 por 100, con sólo someter á eficaz depuración los abastecimientos de agua. Cientos y miles de villas y ciudades, pertenecientes á todas las naciones del mundo, acreditan esta verdad. En los últimos veinticinco años, Norteamérica ha logrado reducir á la mitad su contingente de enfermedades eberthianas, que todavía alcanza la suma de 400.000 invasiones y 30.000 óbitos anuales (Lumsden, 1915, Johnson, 1916), y médicos, ingenieros y autoridades administrativas atribuyen la reducción, en su mayor parte, al número creciente de poblaciones que acometen la empresa de purificar las aguas destinadas al consumo público. Y así han llegado á la conclusión, hoy aceptada como regla, de que toda urbe cuya mortalidad por infecciones tíficas excede de 20 por 100.000, es que consume aguas polucionadas, aguas impuras. Pero no insisto: sería superfluo é impropio que yo detallara aquí la demostración de lo que en todas partes pasa por axioma. Ni la Real Academia, ni la profesión médica, ni siquiera los profanos dotados de simple buen sentido, necesitan de hechos, razones y encarecimientos dirigidos á exaltar los términos, de una verdad universalmente reconocida. Solo entre nosotros procuran ignorarla, organismos rutinarios, mentalidades arcaicas y comisiones apacentadas en las frescas y pródigas riberas de ríos y canales.

Si hicieran falta justificaciones taxativas y recientes de esta general censura, bastaría leer la última *Memoria del Canal de Isabel II* (1921), en cuyas páginas aparecen párrafos que se hallan en manifiesta contradicción con hechos y principios que todos nosotros conocemos como médicos y soportamos como vecinos de Madrid.

He aquí una muestra (pág. 30):

«En el transcurso de los sesenta años que las aguas del Lozoya vienen utilizándose en Madrid, no se ha producido ninguna epidemia que haya reconocido como causa su contaminación». Y luego de afirmar que si ha habido tifoideas de origen hídrico, en forma epidémica explosiva, «se ha comprobado que procedían de aguas distintas de las del Lozoya», añade: «También puede afirmarse que el cólera, las fiebres tíficas y paratíficas y ciertas diarreas, que son las únicas enfermedades susceptibles en nuestro clima de transmitirse mediante el agua en bebida, en caso alguno se han producido en Madrid, bajo forma epidémica que racionalmente pueda achacarse á las del Lozoya. Y aun los casos

de fiebres tifoideas que se registran, en que la importación, el contagio y otros orígenes de invasión distintos del agua tienen participación acaso exclusiva, ó, por lo menos, preponderante, no dan lugar á índices de mortalidad más elevados, y, generalmente, ni siquiera tan altos como los que se registran ordinariamente en las capitales más sanas del resto de España».

Después de estas paladinas, pero infundadas declaraciones de las más ilustres capacidades del Canal, que niegan la existencia del daño, ¿á quién vamos á pedir la voluntad de remediarlo?

Lamentemos la desdicha, y confiados en el advenimiento de próximos mejores días, vamos á examinar, á título de remate y corona de las ventajas anexas á la depuración hídrica, un fenómeno notable, sorprendente, que el estudio de las relaciones entre el agua y las fiebres tifoideas ha puesto en evidencia.

Es opinión corriente que la importancia del agua en la génesis de las infecciones, nace de su facultad de vehicular las tíficas, el cólera y la disentería. Con esto hay justificación sobrada para que las autoridades intervengan y fiscalicen, en toda su amplitud, el problema de los abastos de agua, lo mismo en las aldeas que en los centros urbanos. Pero no es esto sólo: á más de las citadas infecciones de conocido origen hídrico, existen otras enfermedades que también sufren la influencia variable de las condiciones biológicas del agua. No me refiero, exclusivamente, á ciertos estados como los catarros gastrointestinales de niños y adultos, porque la conexión íntima y frecuente entre el líquido ingerido y la mucosa que lo absorbe, el contacto que entre ambos se establece, da ocasión y motivo natural para que ella sea la primera en sufrir las consecuencias. Se trata de otros padecimientos, de enfermedades de otros aparatos cuyas relaciones etiológicas con el agua habían permanecido insospechadas durante siglos. El fenómeno es curioso y vale la pena de relatarlo.

El año de 1892 ocurrió en Hamburgo la famosa epidemia que después ha servido de paradigma demostrativo de la propagación hídrica del cólera. Sorprendió el suceso á la ciudad cuando el Municipio tenía en plan de construcción los grandes filtros destinados á depurar el agua del Elba, agua que captada á corta distancia de la desembocadura de los colectores, venía dando de antiguo, crecido tributo de vidas al capítulo de las infecciones gastrointestinales. La inauguración del servicio tuvo lugar al año siguiente—Mayo de 1893—y á la terminación del 94, el inspector de higiene de Hamburgo, Dr. Reincke, quiso averiguar los resultados sanitarios de la innovación, comparando la mortalidad de dicho año con los anteriores al 92 y al 93. (Eliminaba el 92 por las perturbaciones que en la estadística normal introducen las epidemias exóticas, y el 93, porque parte de él, tuvo la población agua filtrada y parte sin filtrar.)

Lo primero que Reincke hubo de notar, fué la considerable disminución de la endemia tífica. Antes de inaugurar el servicio, la mortalidad media de Hamburgo por fiebre tifoidea era de 47:100.000; el año 1894 la mortalidad descendió á 7:100.000. La reducción supone una ganancia considerable, de las más altas registradas en el mundo, aunque no la mayor, puesto que en Zurich, la implantación de su famoso sistema de filtros dió por resultado el descenso de 76 á 10:100.000. Mayor ó menor, de todas suertes era cosa esperada y sabida la reducción de la mortalidad tífica. Lo inesperado, lo imprevisto para Reincke fué encontrar que la cifra de la mortalidad general no guardaba proporción con el descenso obtenido en el epígrafe de la fiebre tifoidea. La mortalidad general de Hamburgo alcanzaba, desde años



atrás, la media de 24 : 1.000, y frente á esta cifra, la general de 1894 no excedía de 17 : 1.000. Como la reducción de óbitos á cargo de la fiebre tifoidea (de 47 á 7) representa un descenso de 0,4 : 1.000 la repercusión sobre la mortalidad general debía ser mucho menor, porque substrayendo 0,4 de 24 enteros quedan 23,6, pero de ninguna manera 17. En una palabra: á la disminución de 0,4 por fiebre tifoidea, respondió la general con la reducción de 6,6, es decir, una ganancia 14 veces superior á la calculada.

¿No hay aquí una incongruencia manifiesta? Y el caso es que en Hamburgo no se realizaron, por aquel entonces, otras obras de carácter sanitario que pudieran explicar el desacuerdo entre una y otra cifra, y como, además, la divergencia ha ido sosteniéndose y se sostiene año tras año, aunque en menor escala, tampoco es posible invocar las socorridas incógnitas de la casualidad. Menos aún, cuando casi á la par, con diferencia de pocos meses, el ingeniero americano Mills reproducía las mismas observaciones con ocasión de examinar la mortalidad de Lawrence, antes y después de proveerla de filtros depuradores. También aquí se advierte la misma falta de relación entre los dos valores. Antes de la reforma, la mortalidad por fiebre tifoidea era, en Lawrence, de 121 : 100.000 y la general de 24,4 : 1.000. En el quinquenio siguiente, la primera bajó á 26 : 100.000 y la segunda á 20 : 1.000, lo cual significa que influida en dirección propicia por el factor tifus, la mortalidad general debió descender, aproximadamente, un entero, pero no cuatro enteros, conforme revelaba la estadística.

A esta discrepancia entre la curva parcial de la mortalidad tífica y la general, en beneficio siempre de la última, llaman los higienistas de hoy *fenómeno de Reincke* ó de Mills-Reincke.

¿Cuál es su mecanismo y cuál su causa? Del mecanismo sabemos algo, de la causa, en concreto, nada. Estudiando el fenómeno y procediendo con lógica, Reincke trató de buscar el origen de la disparidad en la disminución de los óbitos por otras enfermedades. Si la depuración hídrica, actuando sobre la fiebre tifoidea, rebaja, v. gr., en cincuenta la mortalidad de una población, y esa cantidad, transportada al resumen general, se convierte en *doscientos*, no cabe duda que la diferencia, el exceso de *ciento cincuenta* vidas ahorradas, debe figurar, en menos, dentro de otros grupos nosológicos. Y, efectivamente, lo primero que llamó la atención de Reincke, en el examen comparativo de las causas de muerte, fué la considerable disminución que, á la par de la fiebre tifoidea, había experimentado la gastro-enteritis infantil (Breachdurchfall). La mortalidad media de la época anterior á la filtración, era de 300 : 100.000 habitantes, y la media de la época subsiguiente no llega á 150 : 100.000.

Otro descenso considerable acusaba la rúbrica de enfermedades agudas del aparato respiratorio, comprendiendo entre ellas, principalmente, las pulmonías y las bronquitis. Habíanse reducido de 228 en 1901 á 188 : 100.000 en 1904, siendo de notar, como ya he indicado antes, que ésta y todas las reducciones que cito, se mantuvieron con leves oscilaciones en los años sucesivos.

Fijándose en la tuberculosis pulmonar, observó que cierta tendencia á la disminución paulatina, comprobada en años anteriores, se acentuaba y aceleraba, visiblemente, á partir del año 1904.

Sin embargo, la suma de las ganancias enumeradas constituye apenas el 60 : 100 de la reducción total: queda, por tanto, un remanente, nada despreciable, que se diluye y pierde en los múltiples epígrafes de las tablas de mortalidad.

Los estudios de Reincke y de Mills no tendrían validez, si otros investigadores no hubiesen confirmado, esencial-

mente, la novedad que ellos revelan, y si higienistas como Segwick y Mac Nutt no hubiesen tomado á su cargo la tarea de escudriñar y aquilatar los datos aportados y sus posibles causas de error. Puede decirse que estos estudios pasaron inadvertidos en Europa, mientras que en América, coincidiendo con el gran número de ciudades que, sucesivamente, dotaban de aguas puras á sus vecindarios, aparecieron numerosas comprobaciones, como las de Albany, Lowell, San Luis, Paterson, Yakhima, Newark, etc., en todas las cuales el fenómeno de Reincke surge y se destaca con evidente claridad, aunque no siempre con igual fuerza. Ciudades hay donde la ganancia, en favor de la mortalidad general, es diez ó doce veces superior á la correspondiente por disminución de la fiebre tifoidea; en otras, el múltiplo es de dos, tres ó cuatro, y estas diferencias inspiraron al ingeniero norteamericano Hazen el sentido restrictivo de su teorema ó ley general, que formula en los términos siguientes: *por cada óbito de fiebre tifoidea que la depuración hídrica suprime, evítanse, al mismo tiempo, dos ó tres defunciones debidas á otras causas morbosas.*

¿Cómo se explica la influencia benéfica de la depuración sobre enfermedades que, al parecer, no son de origen hídrico? Se comprende que la supresión de las impurezas biológicas del agua, repercute favorablemente sobre la gastroenteritis de la infancia, primero por su uso directo en bebida y, después, porque la opinión de muchos higienistas y paidópatas atribuye á la leche la facultad de vehiculizar el germen, aún no bien determinado, del cólera infantil, y todos sabemos por cuántos motivos, inocentes ó perversos, ambos líquidos parecen predestinados á mezclarse; pero la pulmonía, la bronquitis y la tuberculosis ¿tienen algo que ver con el agua? Por eso he dicho antes que si el mecanismo del fenómeno de Reincke se transparenta en el parangón de las estadísticas necrológicas, sus causas permanecen ignoradas. Jordán emite la hipótesis de que son muchos los casos de infección tifoidea atípica que mueren con otros diagnósticos, y este error que substrahe cantidades de la casilla mencionada, afecta y se refleja en las oscilaciones de la mortalidad general. Otros investigadores, fundándose precisamente en los hechos revelados por Mills y Reincke, deducen que sin perjuicio de sus conocidos modos de transmisión, el neumococo, el bacilo de Koch y las diferentes bacterias productoras de estados flogísticos de las vías altas, viajan y se introducen en el organismo á favor del agua. La primera explicación peca de insuficiente, y la segunda no puede aceptarse mientras el estudio experimental del problema no venga á confirmarla.

A decir verdad, la comprobación del teorema de Hazen falla en determinados casos particulares. Tal resulta, al menos, de los ejemplos aducidos por algún autor (E. B. Fink), aunque antes de prestarles crédito convendría saber si los críticos adversos han tenido en cuenta la multiplicidad de factores que en el transcurso del tiempo alteran la frecuencia y el predominio de las distintas enfermedades, el influjo recíproco de unas sobre otras y la participación de las causas sociales y sanitarias en el cómputo final de la mortalidad. Esto aparte de que, en algunas ciudades, el remedio de la depuración, por mal entendido y mal administrado, fué peor que la enfermedad, y de que, en fin de cuentas, el teorema de Hazen no tiene la pretensión de ser una ley numérica exacta é inflexible, sino la fórmula ó expresión de un hecho biológico sujeto á multitud de contingencias y variables condiciones.

Mejor que analizar, minuciosamente, alguna de las pretendidas excepciones con ánimo de aquilatar la legitimidad y el valor de las pruebas, prefiero someter á vuestra consi-



deración un ejemplo español, visto y estudiado por mí mismo, y cuya iniciación tuvo lugar á instancias y requerimientos míos. Este ejemplo confirma, en gran parte, la regla de Hazen, pero, además, descubre un fenómeno nuevo, de indudable interés patogenético, difícil de explicar y que no tiene analogía ni precedente en las observaciones recogidas fuera de nuestro país.

La villa de Vendrell, linda y floreciente capital del Baix Panadés, en la provincia de Tarragona, tuvo el 31 de Agosto de 1911 un amanecer de funesta memoria. Súbitamente, sin previos indicios ni sospechas, aquella madrugada enfermaron de cólera 70 personas, número que en el transcurso del día y durante los sucesivos fué aumentando en progresión acelerada, hasta alcanzar el total de 600, para una población de 4.700 almas. No sería oportuno entrar ahora en la descripción de la epidemia, y he de concretarme á señalar los hechos pertinentes al examen y discusión del teorema de Hazen, aplicado al caso particular de Vendrell.

El agua potable que abastece á la pequeña urbe, procede de dos arroyos, distantes 4-5 kilómetros de la población. En ambos aflora el líquido por numerosos y tenues surtidores, á través de un terreno arenisco que constituye el lecho de dos cañadas, bordeadas de vegetación exuberante y cuyas lindes se continúan con terrenos de labor, huertas, olivares y viñedos. La vena acopiada en la extensión de ambas rieras, forma los arroyos de Tomavi y de Alborná, que al llegar á cierto punto mezclan y confunden su caudal, entrando desde aquel momento en una mina construída de fábrica, larga de 1.000 metros, que aboca á la caseta de distribución, donde, justamente, comienza la tubería de hierro, de 2 kilómetros de longitud y 20 centímetros de diámetro, que luego se ramifica por la villa.

Resulta de aquí, que el agua de Vendrell emerge al descubierta y, mientras acumula su caudal, discurre *al descubierta*, en una extensión de 400 á 500 metros; y esta circunstancia la aprovechaban los moradores de las *masías* ó casitas de campo cercanas, para convertir los arroyos en cómodo lavadero, burlando, á ratos, la no muy celosa vigilancia que el Ayuntamiento sostenía en aquel ameno y poco frecuentado paraje. Y así aconteció que, la víspera de la catástrofe, una buena mujer pudo lavar, tranquilamente, en aguas del Tomavi la ropa interior de un enfermo diarreico que, según averiguaciones posteriores, había tenido contacto clandestino con la tripulación de un bergantín italiano, oriundo de puerto sucio de cólera.

Terminada, felizmente, la epidemia y vuelta la serenidad á los ánimos, el delegado sanitario quiso completar la obra, poniendo de manifiesto con reiterada y firme insistencia los peligros de la situación para el porvenir y la necesidad de precaverse contra nuevas y más desagradables sorpresas: empeño del cual hubo de salir airoso, á poca costa, favorecido por la ocasión de la reciente prueba y por el espíritu culto y ciudadano del pueblo de Vendrell. Vecinos pudientes y generosos adelantaron las 75.000 pesetas calculadas para la ejecución de las obras, que, en resumen, comprendían la captación amplia y bien aprovechada de los manantiales sitos en la zona acuífera y la conversión del trayecto del Tomavi en galería cubierta, que aislara el agua y la protegiera de todo contacto con el exterior.

Las obras terminaron á fines de 1912, de manera que dejando aparte dicho año y el de la epidemia, ó sea el 11, puedo aprovechar, para el estudio de los efectos sanitarios, siete años de aguas protegidas (1913-1919) comparados con siete anteriores (1904-1910) de aguas expuestas á impurificación.

Al emprender este estudio, cuyo texto no ha sido otro

que las páginas, largas é indigestas, del Registro civil, desde el año 1903 á 1920, imaginaba yo que el caso de Vendrell no era de los más apropiados para encontrar diferencias demostrativas, porque, al fin y al cabo, se trata de un curso de agua muy corto y de márgenes poco pobladas, cuando no solitarias, á diferencia de los ríos que surten á las principales urbes, que recorren grandes distancias y que por mil motivos constituyen el vertedero natural de fábricas y lugares. Sin embargo, el parangón sanitario entre los años anteriores y posteriores á la reforma, resulta evidente á todas luces, salvo la proporcionalidad que corresponde al pequeño núcleo de 4.800 habitantes.

La mortalidad general media en el período de 1904 á 1910, fué de 94, es decir, que cada año de los citados murieron 94 personas; la media general de 1913 á 1919 ha sido de 75. Por consiguiente, la mejora hídrica ha traído á Vendrell una ganancia anual de 19 vidas, ó sea, muy cerca de 5:1000. Analicemos, por rúbricas, los términos de la ganancia y veremos que las infecciones gastro-intestinales de niños y adultos, comprendiendo, en conjunto la fiebre tifoidea, la gastro-enteritis infantil, la disentería y los diagnósticos de simple infección intestinal, daban, en la época anterior á 1911, la mortalidad media de 7,8 óbitos anuales, y en la siguiente dan la media anual de 4,7, lo que representa un ahorro de tres vidas cada año. Pero si se indaga cuál de los grupos citados es el más favorecido, aparece en primer lugar la gastro-enteritis infantil, cuya mortalidad ha decrecido de 4,1 á 1,4, mientras que las infecciones intestinales de los adultos pasan de 4,5 á 3,2 con un beneficio muy inferior al de las propias de la infancia.

TABLA I  
MORTALIDAD GENERAL

Años.	Obitos.	Años.	Obitos.
1904.....	97	1913.....	65
1905.....	101	1914.....	74
1906.....	75	1915.....	82
1907.....	120	1916.....	67
1908.....	80	1917.....	83
1909.....	98	1918.....	80
1910.....	85	1919.....	78
TOTAL.....	656	TOTAL.....	529
Población.....	4.784	Población.....	4.890
Mortalidad media anual.....	93,7	Mortalidad media anual.....	75,5

TABLA II  
INFECCIONES GASTROINTESTINALES

Años.	Obitos.	Años.	Obitos.
1904.....	6	1913.....	6
1905.....	7	1914.....	6
1906.....	11	1915.....	6
1907.....	12	1916.....	3
1908.....	3	1917.....	5
1909.....	9	1918.....	6
1910.....	8	1919.....	1
TOTAL.....	55	TOTAL.....	33
Mortalidad media anual.....	7,8	Mortalidad media anual.....	4,7

En realidad, el fenómeno de Reincke tiene aquí brillante comprobación en lo que atañe á la gastro-enteritis infantil, y mediano cumplimiento en lo que afecta á la fiebre tifoidea. Sin caer en disquisiciones que me llevarían lejos, conviene advertir, para aquilatar esta diferencia, que Vendrell carece en gran parte de alcantarillas: lo cual significa que si



las fiebres eberthianas encuentran cerrado el camino hídrico, disponen de otras facilidades para su difusión.

TABLA III  
GASTROENTERITIS INFANTIL

Años.	Obitos.	Años.	Obitos.
1904. ....	4	1913. ....	2
1905. ....	7	1914. ....	2
1906. ....	6	1915. ....	1
1907. ....	2	1916. ....	2
1908. ....	0	1917. ....	2
1909. ....	6	1918. ....	1
1910. ....	4	1919. ....	0
TOTAL. ....	29	TOTAL. ....	10
Mortalidad media anual. ....	4,1	Mortalidad media anual. ....	1,4

TABLA IV  
INFECCIONES INTESTINALES DE LOS ADULTOS  
(Fiebre tifoidea y diagnósticos análogos).

Años.	Obitos.	Años.	Obitos.
1904. ....	2	1913. ....	4
1905. ....	5	1914. ....	4
1906. ....	5	1915. ....	5
1907. ....	10	1916. ....	1
1908. ....	3	1917. ....	3
1909. ....	3	1918. ....	5
1910. ....	4	1919. ....	1
TOTAL. ....	32	TOTAL. ....	23
Mortalidad media anual. ....	4,5	Mortalidad media anual. ....	3,2

Lo que sí puede afirmarse es que el teorema de Hazen culmina en Vendrell á considerable altura, porque aun tomándolo en sentido menos restringido que el autor, á partir no simplemente de la fiebre tifoidea, sino del conjunto de infecciones intestinales hídricas, resulta que á la economía de 3 vidas anuales por este concepto, responde la general con el ahorro de 19 vidas, ó sea  $3 \times 6$ . ¿Dónde gravitan, sobre qué capítulos recaen estas ganancias imprevistas y al parecer extrañas á la influencia del agua sobre la salud?

TABLA V  
BRONQUITIS Y PULMONÍAS

Años.	Obitos.	Años.	Obitos.
1904. ....	18	1913. ....	5
1905. ....	10	1914. ....	7
1906. ....	7	1915. ....	10
1907. ....	27	1916. ....	14
1908. ....	17	1917. ....	8
1909. ....	14	1918. ....	0
1910. ....	15	1919. ....	11
TOTAL. ....	108	TOTAL. ....	55
Mortalidad media anual. ....	15,4	Mortalidad media anual. ....	7,8

Entre las causas de muerte más beneficiadas figuran las pulmonías y las bronquitis. Durante los siete años que precedieron al cólera, las defunciones por ambas causas sumaron 108, con un término medio anual de 15,4, y durante los siete posteriores, las defunciones fueron 55, con un término medio de 7,8, ó sea la mitad de las registradas en el período anterior. Debo advertir que en el cómputo de estas enfermedades existe un motivo de perturbación, promovido por la epidemia gripal de 1918. Todas las defunciones anotadas, durante dicho año, á cargo de los padecimientos agudos del aparato respiratorio, llevan el calificativo de gripales, y co-

mo, por tratarse de un estado epidémico accidental, he suprimido de la estadística comparativa las muertes atribuidas á la gripe, el año 1918 aparece libre de bronquitis y neumonías. Así y todo, el dato merece entera fe, porque cotejados uno á uno los demás años, la reducción de óbitos, por ambas causas, es evidente á partir de 1913.

No ocurre lo mismo con la tuberculosis. Mi estadística acusa una diferencia total de nueve casos: 69 en los siete años antes y 60 en los siete después de la reforma. No vale la pena de discutir esta ganancia, y hemos de pensar que, aplicado á la tuberculosis, el fenómeno de Reincke no tiene confirmación en Vendrell, al menos por ahora.

Y aquí llego á un momento de extraordinaria perplejidad en mis investigaciones, que tropiezan con un hecho insólito y de interpretación difícil, á los efectos de la depuración biológica del agua sobre el organismo.

Sabido es que en varias comarcas de Cataluña domina con excepcional frecuencia, entre las causas de muerte, la hemorragia cerebral. Así en Vich, en Valls y, por lo visto, en el Bajo Panadés á la que pertenece Vendrell. Mejor que de hemorragia cerebral, podríamos hablar de procesos degenerativos vasculares, porque á la par abundan, relativamente, los certificados de angina de pecho, aortitis crónica, esclerosis en placas y algún otro de asiento primario idéntico; pero á fin de evitar posibles causas de error, prefiero reducir la cuenta á los diagnósticos de hemorragia, sumados con los de restablecimiento, arterioesclerosis y congestiones cerebrales que, indudablemente, tienen la misma significación. Recordemos, como dato inicial, que la mortalidad media de España, por los conceptos mencionados, no llega al 1,50 (1,48) : 1.000 habitantes. Pues bien; en el lapso comprendido entre 1904 y 1910 murieron de hemorragia, reblandecimiento, etc., en Vendrell, 145 personas, mientras que de 1913 á 1919 los óbitos atribuidos á las mismas causas fueron 80 solamente. La primera cifra expresa una mortalidad de 32,2 y la segunda de 17,7 : 1.000 habitantes, ó en otros términos, antes de las obras, morían anualmente de hemorragia cerebral 20,7 individuos y después de las obras mueren 11, habiéndose logrado, en consecuencia, una disminución aproximada de 45 : 100. El cotejo de las proporciones, año por año, indica que (descontando la leve diferencia de 1913) la reducción se mantiene constante, conforme acredita la tabla número VI.

TABLA VI  
HEMORRAGIA CEREBRAL  
(Reblandecimiento, arterioesclerosis y congestiones cerebrales.)

Años.	Obitos.	Años.	Obitos.
1904. ....	26	1913. ....	9
1905. ....	19	1914. ....	12
1906. ....	18	1915. ....	13
1907. ....	29	1916. ....	9
1908. ....	13	1917. ....	14
1909. ....	23	1918. ....	12
1910. ....	17	1919. ....	11
TOTAL. ....	145	TOTAL. ....	80
Mortalidad media anual. ....	20,7	Mortalidad media anual. ....	11,4

¿Obedece el hecho á la protección higiénica de las aguas, ya que su composición química no ha sufrido cambio? En caso afirmativo, ¿cuál es su mecanismo? Y en caso negativo, ¿qué factores han podido intervenir y determinar la remisión que la estadística descubre?

Enemigo de aventurar hipótesis poco fundamentadas, de-



claro que no acierto á explicarme la influencia que la protección de un agua, más ó menos expuesta á impurificaciones, puede ejercer sobre la circulación cerebral y sobre la nutrición de las paredes vasculares. El fenómeno, sin embargo, está ahí claro y fehaciente, aunque la prudencia aconseja prolongar el plazo de observación para mayor garantía.

De todas suertes, con hemorragia cerebral y sin hemorragia cerebral, el teorema de Hazen ha tenido en Vendrell pródigo cumplimiento. ¡Calcúlese ahora el número considerable de existencias, los millares de víctimas que la muerte ahorraría á España, sin más trabajo que el de proveer de aguas higienizadas á la mayoría de nuestros centros urbanos!

Señores: después de haber expuesto, someramente, el estado deplorable que las cifras de mortalidad tifo-paratífica denuncian y retratan; después de haber demostrado que la mayor participación y la mayor responsabilidad corresponde á las capitales, cuyos Ayuntamientos viven, triunfan y caciquean en la inconsciencia y el olvido de los más primordiales deberes, y después de consignar, en síntesis, con la fórmula de Hazen el enorme beneficio que la depuración proporciona, tengo por seguro que en vuestro ánimo brotan los mismos sentimientos de protesta que en el mío, al considerar las pérdidas inestimables que la polución eberthiana del agua y el suelo acarrea á la economía nacional.

Fuera de La Coruña y fuera de Valencia, ciudad esta última donde existen filtros Puech-Chabal, que —al decir de mis informadores— unos días funcionan y otros no, no hay en nuestro país población, grande ni chica, que cuide de aplicar á sus aguas potables procedimientos correctivos. Y si algunas como Orense, Ciudad Real y Cádiz disfrutan de escasa mortalidad, digna de figurar en los cuadros extranjeros, débese, sin duda, á una especial y decidida protección de la divina Providencia.

Frente á esta calamidad, tanto más acerba cuanto más evitable, los médicos somos los únicos ciudadanos exentos de culpa. Va ya para largo que los higienistas españoles claman en vano, y los facultativos predicán á sus clientes, la necesidad de la depuración. En otros países, á la demostración técnica siguió, inmediatamente, el convencimiento de los ingenieros y la aquiescencia de los gobernantes. Aquí nadie nos acompaña, nadie nos ayuda; defendemos solos la causa del bien público, y no hemos de cejar en el empeño de servirla. A ello nos persuaden motivos de orden espiritual, pero no poco, también, los estímulos y alientos de esperanza que á nosotros llegan consagrados por el éxito de la propia obra. Bastará recordar que, gracias á la acción perseverante social y sanitaria y al apostolado infatigable de la clase médica, nuestra mortalidad ha disminuído en pocos lustros, de 35 á 22 por 1.000, y que, desde principio de siglo, España gana un promedio anual de 154.679 vidas.

Si hay otra profesión que en igual grado contribuya al engrandecimiento del país, yo no la conozco.

## Periódicos médicos.

### APARATO DIGESTIVO

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Sobre un caso de gastrectomía, pilorectomía.**—El Dr. Juan P. Hemmingsen refiere en el siguiente historia clínica:

P. R., cuarenta y tres años, casado, calderero, domiciliado en Ingeniero White; ingresa en el servicio el día 9 de Febrero de 1921.

*Antecedentes hereditarios.*—Padres muertos; la madre, de sobrepeso; el padre, ignora de qué.

*Antecedentes personales.*—Viruela á los ocho años; chancre y adenitis inguinal á los veinte años. Varicocele izquierdo operado hace cinco años. Fractura de la bóveda del cráneo, región frontoparietal derecha, hace cuatro años, habiendo sido intervenido en este hospital por el Dr. Hemmingsen, de donde salió de alta, curado.

*Enfermedad actual.*—Comienza hace un año y medio, con dolores en el costado derecho del abdomen; examinado por varios médicos, se le diagnostica enterocolitis y apendicitis crónica, aconsejándole se internara en el Hospital Británico de la capital federal; observado allí, pues sus dolores en la fosa ilíaca derecha y flanco del mismo lado persistían, se le colocó un cáustico y luego fué examinado con rayos X, diagnosticándosele úlcera del estómago; se le aconsejó una intervención quirúrgica, la cual es practicada el día 6 de Marzo del año 1920; siendo dado de alta el día 11 de Abril del mismo año.

Desde esa fecha, refiere que comenzó á experimentar dolores en la región epigástrica, hiperclorhidria y algunos vómitos; se somete á régimen alimenticio y medicamentoso, que no le proporcionaron mayor alivio, notando que se enflaquecía paulatinamente. Ingresa en la sala II de Clínica médica de este hospital, donde se le practica cinco inyecciones endovenosas de neosalvarsán; á pesar de lo cual continúa en el mismo estado, y solicita su alta.

Examinado particularmente por el Dr. Achinelly, se le hace una radioscopia con comida opaca, fórmula del doctor Heuser, en la siguiente forma: día anterior, comida á las diez y siete y á las veintitrés.

*Examen al día siguiente, á las ocho.*—Se observa intestinos delgado y grueso, libres; las comidas efectuadas el día anterior, permanecen aún en el estómago. Se le hace ingerir la tercera comida y se constata: estómago forma reloj de arena, dilatado y descendido; no hay contracciones; bulbo pilórico aumentado de volumen; atonía gástrica absoluta. Se le hace diagnóstico de obstrucción pilórica por tumor y aconsejasele su internación en el servicio de Cirugía de hombres del Hospital Municipal, á los efectos de practicarle una intervención quirúrgica.

*Estado actual.*—Sujeto demacrado; tinte amarillo de la piel; panículo adiposo escaso. Temperatura y pulso normales. Nada digno de mención en los órganos de la cavidad torácica.

Abdomen deprimido. Cicatriz operatoria en el hipocondrio derecho, consecutiva á la intervención quirúrgica practicada en el Hospital Británico. A la palpación, dolor en la región epigástrica, espontáneo y á la presión; á la palpación profunda, obsérvese á nivel de la cicatriz ya descrita, una resistencia difícil de precisar, sin contornos definidos ni forma apreciable dolorosa, y que corresponde á la región pilórica; percusión timpanismo; cuerda cólica y constipación habitual.

*Examen de orina.*—Reacción: ácida. Densidad: 1030. Albúmina: no. Glucosa: no. Sedimentos: leucocitos. Células epiteliales: planas.

*Examen de sangre.*—Wasserman: negativa.

Fórmula leucocitaria: sin importancia.

*Examen de jugo gástrico.*—Reacción: ácida. Acido clorhídrico libre: ausencia. Almidón: ausencia. Eritrodextrina: ausencia. Acido láctico: débil positivo. Sangre: ausencia. Pepsina: vestigios.

*Operación.*—Se interviene el 15 de Febrero por el doctor Hemmingsen. Ayudante: Dr. Rudoll. Anestesia clorofórmica.



Incisión mediana desde el apéndice xifoides hasta el ombligo. Se constata un estómago dilatado, píloro grande, grueso y paredes estomacales infiltradas, gruesas, duras, en una extensión de unos 5 centímetros del antro pilórico.

Siguiendo la técnica aconsejada en estos casos, se incide toda la pared del estómago, más ó menos en la mitad de este órgano, se reseca el resto de estómago, incluso píloro, se cierra el duodeno y se cierra el resto de estómago, dejando en su porción inferior una pequeña abertura, que nos sirve para practicar la gastroenterostomía, término lateral. Cierre de la pared. Suero fisiológico, 500 gramos, subcutáneo, con XX gotas de adrenalina. Aceite alcanforado. El enfermo se queja mucho de dolores, el primero y segundo día de la intervención, teniendo que administrarle, en la noche del segundo,  $\frac{1}{2}$  centigramo de morfina; se le practican diariamente, mañana y tarde, inyecciones de: estrocinina, 1 miligramo; espartéina, 5 centigramos, y aceite alcanforado 10 por 100, 5 c. c.; además, suero fisiológico, 1.000 gramos en cánula de Murphy; no dándosele ningún alimento por vía bucal; no habiendo tenido el enfermo vómitos, sino algunos eructos y pequeñas regurgitaciones de color negruzco, á veces debido quizá á haber ingerido algunos trozos de hielo, que, por lo demás, toleró siempre bien.

A los cinco días el enfermo empieza á tomar leche con agua de Vichy, tolerando bien su alimento. Orina bien y mueve su vientre con un enema que se le practica; después de tres días de dieta láctea, comienza á tomar caldo con sémola y puré de patatas: dos días después, come pollo, se le agrega pan, y á los doce días albóndigas de carne, tolerando bien sus alimentos y moviendo su vientre bien.

Los primeros diez días de la intervención, el enfermo tiene ligera fiebre,  $38^{\circ}$ ,  $37^{\circ},8$  por la tarde; de mañana está apirético ó dos ó tres décimas de temperatura; siguiendo desde entonces sin temperatura, hasta el 8 de Marzo, que tiene  $38^{\circ},4$  por la tarde, debido á un absceso en el muslo derecho, consecutivo á una de las inyecciones de suero. Absceso que se abre y drena y cae la temperatura.

Actualmente el enfermo se levanta, se siente bien, se nota la mejoría en su semblante y aumenta de peso, y á pesar de no tener más que medio estómago, tiene buen apetito, como bien, tolera bien sus alimentos y su intestino funciona regularmente.

El enfermo es dado de alta.—(*Semana Médica*, Buenos Aires, 24 de Marzo de 1921.)

2. **Sobre un caso clínico de tiraje.**—El Dr. R. Podestá refiere el siguiente caso clínico:

J. A., de dos años y medio, ingresa en la sala 1.<sup>a</sup> el 21 de Agosto próximo pasado.

*Antecedentes hereditarios.*—Sin importancia.

*Antecedentes personales.*—Gastro-enteritis, coqueluche cuando tenía seis meses, sarampión al año y medio, difteria hace cinco meses; á consecuencia de esta enfermedad fué intubado.

*Enfermedad actual.*—Comenzó con dificultad respiratoria, decaimiento, inapetencia, tos seca, ligero enflaquecimiento, cornaje y tiraje.

Del examen clínico que se le practica en la sala, sólo anotamos como importantes algunos estertores bronquiales, disseminados en el tórax.

Queda en observación en la sala, y es entonces cuando se notan las particularidades que caracterizan á este enfermo.

Durante el día no se nota en él nada de particular, pero de noche al conciliar el sueño, se observa que éste es sumamente agitado, intranquilo y con un tiraje interno, sobre todo inspiratorio, característico, con cornaje, que hace suma-

mente dificultosa la respiración hasta llegar muchas veces á tener caracteres de asfixia completa.

Es observado durante varias noches seguidas por el médico interno Dr. Tonina, el que alarmado por el carácter tan intenso de tiraje, estuvo, como él declara, tentado alguna vez en practicarle una traqueotomía.

Cuando el tiraje era muy intenso y después de haber llegado su respiración á un punto máximo de dificultad, entonces el niño se despertaba, cesaba su tiraje, para volver de nuevo á repetirse los mismos fenómenos cuando volvía á dormirse. Esto sucedía todas las noches, pues de día, ya dijimos, el enfermito lo pasaba bien. Durante su estancia en la sala sólo de vez en cuando tuvo algunas décimas de fiebre.

Llevado al consultorio de garganta, allí constatamos la ausencia de tiraje y cornaje, voz clara y un poco de tos húmeda.

Al examen objetivo de su garganta, nos llamó la atención la enorme hipertrofia amigdalina que presentaba este chico, amígdalas grandes y no propiamente encostilladas, sino envueltas por un repliegue del pilar anterior en toda su extensión, de tal manera que sólo de amígdalas en realidad se veían las caras internas que casi llegaban á ponerse en contacto, de tal manera que el istmo de las fauces parecía cerrado por una cortina que solo dejara libre una estrecha hendidura en su parte media. No había absolutamente trazos de inflamación alguna.

Imposible, por supuesto, dada la edad del niño, examinar su laringe por vía indirecta; de haber tenido interés en hacerlo, hubiéramos debido explorarla por vía directa con los tubos espátulas. Pero no creímos que hubiera necesidad de efectuar tal exploración y siempre pensamos que su laringe estaba libre, fundado en motivos que luego exponaremos, y que toda la causa de su tiraje nocturno era de orden puramente mecánico pero cuya causa residía en su garganta é interpretábamos así los fenómenos que tenían lugar en este enfermito.

Durante el día el niño respiraba bien, por cuanto por grandes que sean las amígdalas y por inflamadas que se encuentren es muy difícil que se note una gran dificultad respiratoria y menos aún, tiraje y cornaje, pero no sucede lo mismo durante la noche; entonces según la posición en que esté acostado el enfermo, se nota ó no en cierto grado la dificultad respiratoria. Vemos todos los días chicos que son traídos á examinar su garganta porque de noche respiran mal, debido á su hipertrofia amigdalina, pero de ahí á presentar tiraje y cornaje que ponga en peligro la vida, fuera de una inflamación íntima, no es fácil observarlo.

Solamente tal vez en los procesos flegmonosos que tienen su asiento en las amígdalas ó en el retro-farinx, y más aún si van acompañados de un ligero edema de la glotis como á veces se observa en estos casos, entonces puede observarse gran dificultad respiratoria y aun un cierto grado de tiraje.

Pero este no es el caso que presentamos. Aquí las amígdalas no tenían trazas de inflamación, como ya hemos dicho anteriormente. Además, al simple examen directo, el diagnóstico de dicho proceso queda hecho.

Así, pues, decía, que de día estaba el enfermo perfectamente bien, pero al comenzar á dormirse empezaba su tiraje que nosotros lo atribuimos á que al perder su tonicidad la lengua y al quedar flácida, ésta se aplicaba contra las amígdalas y estrechaba más ó menos la hendidura que ésta dejaba permeable al paso del aire. Comenzaba entonces un tiraje más ó menos intenso según la cantidad de aire que entraba en los pulmones, el chico seguía durmiendo siempre con su respiración fatigosa hasta que llegaba en cierto grado de asfixia (anorexia); la sangre cargada de  $\text{CO}_2$  excitaba los cen-



tros bulbares de la respiración y entonces al producirse la excitación el chico se despertaba.

Creyendo que esa fuera la interpretación verdadera, decidimos en seguida practicarle la extirpación de sus amígdalas y así lo hicimos el 14 de Septiembre. En la noche y días siguientes se notó la mejoría evidente, el tiraje no se producía más, pero persistía todavía un ronquido y el niño no respiraba todavía con toda libertad por su nariz. Decidimos entonces extirparle sus vegetaciones adenoides á las que atribuimos estos fenómenos que todavía quedaban, y así se hizo el 27 de Septiembre, extrayéndole un paquete enorme de ellas.

Los días subsiguientes durmió tranquilo, desapareciendo toda amenaza de asfixia, dándosele de alta el 11 de Octubre.

Quiero hacer notar que el tiraje desapareció después de su amigdalotomía, pues podría pensarse que las vegetaciones adenoides fueran la causa de los fenómenos que presentaba el niño; opinión que con lo que dijimos anteriormente, queda descartada por sí sola.

Llegando ya al diagnóstico diferencial, la ausencia de ronquera, la voz clara y vibrante, la aparición nocturna de los accesos de tiraje, la tranquilidad del enfermito durante el día, la ausencia de fenómenos inflamatorios á la inspección de su garganta, la falta de temperatura y sobre todo el examen directo de su garganta á la que atribuimos toda la causa de su tiraje, hizo que descartáramos la idea de que pudiera tratarse de alguna afección laríngea.

La enorme hipertrofia de su sistema linfático lo atribuimos á las repetidas infecciones que le afectaron entre las que se cuentan la coqueluche, el sarampión y últimamente la difteria. —(*La Semana Médica*, Buenos Aires, 31 de Marzo de 1921.)

## APARATO RESPIRATORIO EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tratamiento de las inflamaciones agudas del pulmón con el neumotórax artificial, por el Dr. U. Friedmann.**—Lo primero que pretende conseguir es la inmovilización del órgano enfermo, como se debe hacer con todo órgano que padezca una inflamación aguda, y en este caso aplica el tratamiento, principalmente, á las neumonías crupales. Aparte de la inmovilización, la capa de gas interpuesta entre las dos hojas de la pleura, impide el rozamiento de ambas, y por tanto, el dolor pleural que de este rozamiento resulta. Suprimido el dolor tiene que mejorar el proceso pulmonar: 1.º, porque aquél exacerba la inflamación (recuérdese las conducciones antidrómica, sensitiva y vasodilatadora de las raíces posteriores y la identidad de acciones que sobre el dolor y la inflamación ejerce la cocaína); 2.º y principal, porque disminuye la amplitud de las respiraciones. La clínica recurría á la morfina como indicación poco menos que vital en los casos de neumonía, con gran dolor de la pleura, por la deficiencia de oxigenación de la sangre que resultaba.

Hay un argumento en contra del empleo del neumotórax en los casos de inflamación aguda: se sabe por la experiencia adquirida en el tratamiento de la tuberculosis, que en las fases agudas de esta enfermedad el neumotórax es nocivo; el proceso adquiere una tendencia marcada á progresar y á veces se produce una tuberculosis miliar. Pero este argumento no hay que aplicarle sin más á la neumonía crupal, porque el proceso tuberculoso se caracteriza por la tendencia á las metástasis, aparte de toda intervención, y el neumónico, no. De todas maneras, éste se puede hacer bilateral, y en este caso es claro que el neumotórax sería un

accidente grave, aunque en dos casos del autor en que ocurrió lo que se dice, la marcha de la enfermedad no pareció peor que la que se hubiera podido esperar del proceso sin neumotórax. Aunque hace dos años que el autor está estudiando este asunto, sólo puede citar pocos casos con validez, porque en los hospitales ingresaban pocos enfermos de neumonía crupal y muchos más de bronconeumonía gripal, en la que el neumotórax no se puede emplear por la tendencia que tiene á generalizarse.

Eligió para practicar la punción el quinto espacio intercostal, líneas axilares media ó anterior, con lo que teniendo el tórax algo levantado, podía el enfermo conservar la posición echada durante la operación. La cantidad de gas inyectada no pasaba de 400 á 600 c. c., porque ni había necesidad alguna de comprimir el pulmón ni hubiera sido posible hacerlo una vez que se encontrase hepatizado. Si á los dos días la neumonía no había hecho crisis repetía la inyección. Los resultados inmediatos de la inyección fueron evidentes en la mayoría de los casos porque los enfermos indicaban que el dolor disminuía al instante y la respiración mejoraba. Claro que no faltaron enfermos en los que no se presentaron estos síntomas inmediatos y aun algunos en los que los dolores aumentaron; la percusión demostró en estos últimos que el pulmón en ciertos puntos no se había retraído, señal de que había algunas adherencias. En cuanto al efecto del tratamiento sobre el proceso, como quiera que en la mayoría de los enfermos se hallaba éste algo avanzado, lo único que se notó y que se puede atribuir al tratamiento fué disminución de los síntomas generales con descenso en lisis de la fiebre. En una sola enferma se hizo la inyección en el segundo día de la enfermedad y á las pocas horas se presentó la crisis. Al día siguiente la temperatura volvió á elevarse á 40º, pero sólo duró la fiebre unas horas porque inmediatamente volvió á ser la temperatura normal. Al cuarto día la enferma se encontraba en pleno período de resolución. De los nueve casos que el autor ha tratado cita siete, porque de los otros dos sólo tiene el dato de que el dolor cesó en seguida. Dos de los siete citados son aquellos en que después de practicar el neumotórax (en ambos en el lado izquierdo) aparecieron síntomas del lado derecho. De ellos, en uno no se percibió mejoría alguna, pero el curso de la enfermedad fué en absoluto el corriente sin que pudiera atribuirse á la intervención efecto nocivo alguno. El enfermo curó. En el otro hubo una mejoría marcada de momento, disminución de los dolores, aumento de amplitud de las inspiraciones, pero por la noche apareció un escalofrío, se elevó la fiebre y apareció un foco neumónico en el otro lado. A pesar de ello la enfermedad evolucionó de prisa hacia la curación. De los otros cinco casos, uno es el ya señalado de intervención al segundo día con crisis inmediata, en otro no se pudo hacer el neumotórax por existir adherencias, y de los otros tres uno no notó mejoría hasta la segunda inyección, los otros dos inmediatamente. Termina el autor insistiendo en que en una enfermedad tan breve y generalmente benigna como es la neumonía no se puede asegurar nada con una estadística tan reducida, pero que la buena impresión que él ha sacado de los casos expuestos, le mueve á aconsejar que se ensaye el tratamiento. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 21 de Abril de 1921.)

## NEUROLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La hiper y la hipotermia de origen nervioso ó reflejo, por L. Pron.**—La hipertermia se diferencia de la fiebre, en que en ésta la elevación de temperatura va acompa-



ñada de una exageración de las combustiones, de una desintegración nitrogenada y de modificaciones en las secreciones, mientras que la primera no es más que la simple elevación de temperatura sin perturbaciones orgánicas. La fiebre no puede existir fuera de los estados infecciosos u orgánicos; pero la hipertermia, ¿puede presentarse como consecuencia de una irritación de los centros nerviosos, cerebro-raquídeos o simpáticos? Se conocen bastantes observaciones de *hipertermia histérica*, citando el autor algunas de ellas, con sus notas bibliográficas. También existen otros casos en los que la hipertermia, sin lesión aparente que la motivara, ha sido atribuida por los autores que los han observado a una excitación de los centros vasomotores. Otras veces se han visto fenómenos térmicos graves en niños, a consecuencia de la *emigración del testículo*. Se ha descrito por Hoeckel una *fiebre bulbar*, en caso de neurosis de angustia. Leven ha publicado observaciones de hipertermia en la mujer, por *irritación del sistema nervioso uterino*, verdaderos ejemplos de *peritonismo* de localización peri-uterina. En los *accesos gastrálgicos* y en los *cólicos hepáticos y nefríticos*, se observa a menudo una fiebre refleja; existen igualmente observaciones de fiebre nerviosa como consecuencia de *lesiones de la columna vertebral*. El autor observó en sí mismo una hipertermia de algunas horas con motivo de una simple *neuralgia dentaria*, sin absceso. Pero los factores nerviosos, no solamente pueden producir un aumento de la temperatura; se puede observar una modificación inversa y han sido publicadas varias observaciones de hipotermia como consecuencia de la anemia que motivara una sintomatología histérica y de hipotermia cíclica en paralíticos generales. Estos hechos no tienen nada de sorprendente. Ott ha descrito, en efecto, un centro térmico en la parte anterior del tálamo, muy cerca del punto de unión con el cuerpo estriado; una picadura a este nivel, determina una elevación de temperatura. White ha obtenido el mismo resultado por la excitación de la capa óptica. Frédéricq piensa que el centro térmico está localizado en el límite de la protuberancia y del bulbo. Vulpian admitía que la sustancia gris de la medula y del bulbo tenía una función termógena, opinión que es la que mejor parece cuadrar con la clínica. Se ha mostrado la existencia de *centros termofrenadores* en la región motriz de la corteza y se admite por algunos la existencia de *centros termatóxicos*, encargados de mantener el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor. En el fondo, importan poco las localizaciones. La experimentación fisiológica ha probado suficientemente el papel capital del sistema nervioso en los fenómenos de calorificación y se comprende fácilmente que en las afecciones, aun en las puramente funcionales del sistema cerebro-espinal o del simpático—íntimamente unido al precedente, anatómicamente—puedan producirse en grado mayor o menor, modificaciones de la termogénesis. (*Le Concours Médical*, núm. 10, 6 de Marzo de 1921).—LUENGO.

## 2. Un caso de «ciática apendicular», por E. Antoine.

—Enfermo de veintiocho años: presenta una neuralgia rebelde del tipo de la ciática derecha, que resistía desde hace varios meses a todos los tratamientos usuales. Los trastornos funcionales que resultaban de ello, eran bastante tenaces para imponerle una marcha claudicante e impedirle todo trabajo. El examen clínico, la radiología y el examen de la sangre permitieron relacionar estos accidentes a la existencia de una apendicitis con adherencias del apéndice a las raíces lumbó-sacras. La intervención quirúrgica y el examen histológico consecutivo lo confirmaron plenamente. Desde el punto de vista clínico, los trastornos dolorosos subjetivos eran claros y bien localizados, pero los puntos dolorosos objetivos lo eran mucho menos, fuera del punto doloroso si-

tuado a nivel de la cabeza del peroné. El signo de Laségue era positivo, pero el de Bonnet, negativo. No existía ningún trastorno anestésico, reflejo ni trófico. No se apreciaban los caracteres que permiten pensar, según Sicard, en las «paraciáticas»; no existían irradiaciones dolorosas sobre otros trayectos que el del nervio ciático y los trastornos de la marcha y la escoliosis del enfermo eran tan acentuados como en una ciática «funicular» a frigore.

El dolor, en lugar de acentuarse, se atenuaba en la posición acostada. Nunca hubo fiebre, ni aun en el curso de la apendicitis sub-aguda que sobrevino finalmente. Desde el punto de vista radiológico, se apreciaban, la fijeza del ciego en la fosa ilíaca derecha cualquiera que fuese la posición del enfermo, el punto doloroso, preciso y constante sobre el borde interno del ciego al nivel de la inserción apendicular, que confirmaban claramente la hipótesis de la apendicitis.

El examen de la sangre que acusó 21.000 leucocitos con 63 por 100 de polinucleares, hablaba también en favor de la lesión inflamatoria crónica. Por último, el examen histológico del apéndice revelaba que al lado del proceso inflamatorio crónico, existía un brote inflamatorio agudo y reciente que amenazaba con una perforación; este brote agudo ha sobrevenido bruscamente en el momento en que el enfermo, rehusando la operación, ha tratado de trabajar nuevamente. Los diversos trastornos observados parecen explicarse bien; en el curso de la operación, se encontró la extremidad del apéndice inflamada, tumefacta, rodeada de una reacción epiploica y muy adherida a la pared posterior de la pelvis, en la vecindad del tronco lumbó sacro. Según los cuadros de Thornburn, la 5.<sup>a</sup> raíz lumbar y la 1.<sup>a</sup> sacra (tronco lumbó sacro), tienen como territorio cutáneo, la planta del pie, el talón y las caras posterior y externa de la pierna. En este enfermo, su primer síntoma fué un dolor muy vivo en el talón derecho, que se extendió los días siguientes a la pierna y a la cadera. Estos hechos indican que en presencia de una ciática derecha, de marcha algo anormal y persistente, se debe pensar en la posibilidad de una lesión apendicular o pelviana. El examen radiológico del tubo digestivo correctamente practicado, permitirá confirmar o eliminar esta hipótesis. (*Gazette des Hôpitaux*, número 18, 1 y 3 de Marzo de 1921).—LUENGO.

## SIFILIOGRAFÍA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Esclerosis cerebral sífilítica.**—El Dr. Fernández refiere la siguiente historia clínica:

Bautista Napoll, dos años y medio, argentino, ingresa al servicio el 18 de Julio de 1920.

*Antecedentes hereditarios.*—Dos hermanos muertos.

*Antecedentes personales.*—Trastornos gastrointestinales.

*Enfermedad actual.*—Comenzó hace mes y medio con fiebre, tos seca, decaimiento prolongado, algo constipado.

*Estado actual.*—Buen esqueleto, escaso panículo, piel pálida, algo seca, postración, malestar. No hay disnea, pestañas largas, tinte rosado de las conjuntivas. Señales de ventosas en el dorso. Ganglios pequeños, especialmente los cervicales, los axilares no se palpan, los párpados del lado derecho están algo tumefactos, la abertura palpebral está disminuida del lado derecho, el izquierdo está normal. Movimientos laterales de la cabeza, labios rosados, algo pálidos, dientes normales, lengua saburral húmeda, amígdalas normales.

*Pulmones.*—Por detrás, tono normal, ruido vesicular, roncus y estertores gruesos diseminados, vibraciones normales, por delante, sonoridad, se oyen y se palpan roncus.



**Corazón.**—Punta, cuarto espacio, difícil de percibir el choque, ritmo regular, frecuente, tonos algo débiles.

**Abdomen.**—Piel sin elasticidad, no hay dolor ni timpanismo, no se percute gorgoteo; bazo no se palpa. Hígado normal.

**Gemelares.**—Normales.

**Sistema nervioso.**—El niño era despejado; desde que está enfermo, no contesta á las preguntas (según manifiestan los padres), reflejos algo indiferentes, los plantares difíciles de obtener porque el niño se queja constantemente cuando se le examina, los cutáneos no se obtienen, el patelar derecho se obtiene, el izquierdo no se consigue porque hay siempre tendencia á la extensión cuando se le examina.

No hay Kernig, no hay rigidez de la nuca. En el ojo derecho se ve la córnea opaca, ulcerada con muy ligera congestión de la conjuntiva y edema ligero del párpado derecho. El niño tiene movimientos temblorosos de lateralidad de la cabeza. Este niño fué tratado con inyecciones intravenosas é intramusculares de bicianuro Hg, dosis 0,01 centigramos, y el ojo con pomada de argirol y atropina. El niño mejoró rápidamente, tanto en su estado general (engordó), recobró el uso de la palabra, así como también curó de la úlcera de la córnea. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 24 de Marzo de 1921.)

## PEDIATRIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. La patogenia de la hipotrepsia y de la atrepsia, por el profesor Marfan.**—La fisiopatología de la hipotrepsia y de la atrepsia es semejante á la que interviene en el animal en estado de inanición. Cuando se priva á un animal de alimentos, se ve obligado á vivir de su propia substancia, por autofagia; lo primero que consume son sus hidratos de carbono (azúcar de la sangre, glucógeno de los músculos, etc.); después, la grasa; cuando pasado un tiempo más ó menos largo la reserva de grasa está agotada, consume las substancias proteicas, apareciendo como consecuencia la desmineralización y la deshidratación. En la hipotrepsia y en la atrepsia sucede lo mismo, y aunque es difícil apreciar la disminución de los hidratos de carbono, podemos observar la desmineralización y la deshidratación terminales. Sin embargo, existen diferencias entre la atrepsia y la inanición. En la hipotrepsia y en la atrepsia, la desnutrición continúa aunque no existan trastornos digestivos y el niño reciba una alimentación normal, lo cual es un hecho aún no explicado. Otro hecho fundamental en la patogenia de la atrepsia, es el siguiente: en el niño lactante, sólo se observan grados moderados de desnutrición, viéndose solamente la desnutrición avanzada en los niños privados del pecho; en estos últimos es en los que la hipotrepsia y la atrepsia pueden proseguir su marcha, á pesar de la ausencia de trastornos digestivos y de una alimentación normal; la atrepsia verdadera no se encuentra más que en los niños privados del pecho; por otra parte, bien conocidas son las diferencias entre un niño criado con la leche materna y otro que no lo sea así. Este último está especialmente predispuesto á las afecciones digestivas y presenta una receptividad mayor para las infecciones y sobre todo á la hipotrepsia y á la atrepsia, cuando está enfermo, ó no se alimenta suficientemente. De aquí resulta una inferioridad de la leche animal respecto á la leche humana y para explicarla se han ideado numerosas teorías. Hace medio siglo se estableció la teoría química, basada en la diferente composición química de la leche humana y la de los animales; se trató de modificar las leches animales para que tuvieran una composición igual á la humana, pero de todos modos fracasó la teoría química. Es indudable que

los factores invocados en la teoría química dan lugar á trastornos digestivos, pero también se observan trastornos digestivos en los niños criados al pecho y, sin embargo, no conducen á la atrepsia. De la crítica de estas teorías químicas han salido las teorías biológicas. La concepción más moderna considera á la leche como un alimento específico, que lleva en sí enzimas propios á la especie. Por otra parte, la mucosa digestiva es capaz de absorber estas substancias de una manera completamente especial en cada caso, y así en el tubo digestivo del lactante la absorción es perfecta para los enzimas de la leche de mujer. La doctrina de la *leche alimento específico*, al establecimiento de la cual ha contribuido el autor, explica bien la patogenia de la atrepsia; la transformación de las materias alimenticias es obra de los fermentos del tubo digestivo y otros más interiores, pero estos fermentos son menos activos en los recién nacidos y en los lactantes que en los adultos; la función zimogénica, siempre frágil en el niño, se alterará más fácilmente todavía en el niño privado del seno. Otra teoría es la de la intoxicación alimenticia, muy admitida en Alemania antes de la guerra; se funda en que todo alimento que no sufre en el tiempo y en el lugar las transformaciones normales, resulta nocivo y produce una intoxicación; las substancias perjudiciales de la leche en esta teoría serían la manteca, el azúcar y los elementos minerales; la conclusión fué la creación de un nuevo alimento, la leche albuminosa, en la que se han suprimido estas substancias, pero esta leche albuminosa ha perdido poco á poco sus partidarios. (*Le Concours Medical*, núm. 10, 6 de Marzo de 1921).—LUENGO.

## DERMATOLOGÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Tratamiento del psoriasis vulgar con inyecciones intravenosas de salicilato sódico, por el Dr. Otto Sachs.**

—Dada la acción queratolítica del salicilato sódico, el autor tuvo la idea de emplearle en el tratamiento del psoriasis en solución al 20 por 100, que inyecta por vía intravenosa. 1.<sup>a</sup> dosis = 10 c. c. = 2 gramos de salicilato; á los dos ó tres días 2.<sup>a</sup> dosis de 15 c. c. = 3 gramos; á los dos ó tres días 3.<sup>a</sup> dosis de 20 c. c. = 4 gramos; rara vez ha empleado dosis mayores. Por término medio se aplica en cada dosis 2,75 á 3 gramos de salicilato y en total 21 á 28 gramos. Cuando el tratamiento se prolonga mucho, naturalmente que esta dosis total es mayor. Fueron muy pocos los enfermos que presentaron fiebre ó, después de inyecciones superiores á 4 gramos, dolores de cabeza y zumbidos de oídos.

El salicilato que se emplea para inyecciones intravenosas tiene que estar químicamente puro (sin feno). La cantidad que se desea inyectar se disuelve en agua caliente; esta solución se filtra y se esteriliza. Debe tener la solución un color amarillo claro, no amarillo obscuro ni rojizo. En los casos recientes vió el autor en los primeros días consecutivos á la inyección una reacción de Hæxheimer en cada una de las eflorescencias. Para tratar casos recientes bastan seis á ocho inyecciones, puestas en el término de tres á cuatro semanas; pero las eflorescencias no desaparecen hasta dos ó tres semanas después de la última inyección. Los casos antiguos mejoran poco ó nada, pero en cambio, los recientes curan con facilidad y sin necesidad de tratamiento externo. En uno de los casos curados se notó una recidiva á los cuatro meses y medio; de los demás, todavía no se puede apreciar si están curados definitivamente ó si recidivarán. El autor ensaya otros medicamentos con el mismo fin. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 21 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.

Que no se quede en proyectos. — Casos prácticos. —  
Médicos españoles en París.

Muchas veces se ha hablado en la prensa profesional, en las asambleas y en la conferencia, de la necesidad inaplazable para España de una reforma radical y autorizada por la votación en Cortes, de nuestra legislación sanitaria.

Algunos Gobiernos, también en repetidas ocasiones, han proyectado la tal reforma y hasta llegado á bosquejar el proyecto de ley correspondiente.

Ultimamente el Mensaje de la Corona hace alusión al problema y tiende á encauzarle.

¿Cómo á pesar de tan buenos propósitos nunca llegó á la realidad lo que se consideraba como necesidad nacional por los pocos políticos que no sienten desdén por ésta causa?

Si fuésemos supersticiosos atribuiríamos una pésima *jettatura* al bagaje ministerial que incluye esta cuestión, porque también hemos visto muchas veces caer á los Gobiernos como muertos por un rayo al iniciar la discusión de estos proyectos.

La profesión médica, como cualquiera otra de las liberales, no debe tener matiz político alguno; por esta razón, nosotros, en cuanto vemos algún ministro ó Gabinete decidido á llevar al Parlamento la esperada modificación progresiva de la legislación de Sanidad, hacemos votos por que su vida actuante sea lo suficientemente larga, al menos, para que no aborte de nuevo el honrado propósito.

La extensión y caracteres que el actual ministro de la Gobernación, Sr. Bugallal, pretende dar á la ley de Epidemias y á los importantes temas de la potabilidad de las aguas, de ensanche é higienización de las poblaciones, etc., son ignorados públicamente hasta el momento; pero buenos ó malos los proyectos, las realidades, como resultado de la discusión, es de esperar que fuesen adecuadas al momento y al país.

Lo que de todas veras deseamos es que no se demore el estudio de esas ponencias para que un nuevo cambio en el rumbo de la política española no vuelva á matar en feto lo que es necesario que viva pronta y enérgicamente.

De buenas intenciones está empedrado el in-

fierno, y de proyectos de esta índole, abarrotados los archivos del Ministerio de la Gobernación.

Refiriéndonos á esa necesidad perentoria de que el Estado oficial español se ocupe de los problemas sanitarios, queremos llevar la atención del lector y de las autoridades á dos manifestaciones de calamidad pública á que han dado actualidad la visita del subinspector de Sanidad á los cultivos arroceros de Valencia, y un artículo modesto, pero lleno de valentía, publicado en un diario importante de esta corte.

El paludismo en las proporciones en que existe en la península y en las posesiones del Golfo de Guinea constituye un bochorno para la Administración pública; ni se dictan medidas para su evitación, ni se proporcionan medios adecuados para atajar los estragos que produce.

Solución: la que den las sucesivas crisis ministeriales que provocan los debates políticos sobre orden público. Verdaderamente, al paso que vamos, á la vuelta de unos años van á tener que hacer poco los anarquistas de acción.

Encuéntranse actualmente en París varios médicos barceloneses de los más distinguidos de la Facultad y de los hospitales de la Ciudad Condal, habiéndose organizado una Semana francoespañola en la que se darán conferencias y serán invitados los Dres. Bartrina y Morales á operar en las Clínicas de Marion y de Duval. El Dr. Pí y Suñer dará una conferencia, y el decano de la Facultad ofrecerá un banquete al que están invitados el ministro de la Higiene Social, el embajador de España, los doctores y profesores barceloneses, el presidente y el secretario de la Real Academia Nacional de Medicina y otras personalidades notables que actualmente se encuentran en París.

DECIO CARLAN.

### DOCUMENTO PARLAMENTARIO<sup>(1)</sup>

A veces se cree que los médicos no aspiramos más que á evitar las enfermedades (hablo de los higienistas), pero se olvida otro aspecto de la sanidad pública más trascendental, que es la vigorización del individuo, que es el robustecimiento.

(1) Véase el número anterior.



to de la raza, el perfeccionamiento de la especie, y á este punto de vista están dedicando su mayor atención todos los pueblos del mundo. Ved si no de qué manera se cuida del desarrollo físico de la juventud Inglaterra, de qué modo lo hacen los Estados Unidos, de qué forma lo realizan todos los pueblos que van á la cabeza del progreso y de la prosperidad en el mundo. A raza fuerte y vigorosa, pueblo dominante y vencedor; á raza decadente y débil, pueblo vencido y en ruinas. Y en este punto yo creo, señores, que España vive en un olvido verdaderamente lamentable; aquí nos olvidamos de que hubo un tiempo en que la población de España tenía, según dicen, 40 millones de habitantes y hoy tiene 20; la natalidad nuestra, que era extraordinariamente floreciente, está disminuyendo de una manera sensible: la talla del español está cercenándose; el número de inútiles que se dan en la recluta del Ejército llama la atención tristemente por llegar casi al 50 por 100. Agréguese á eso el aumento del número de degenerados, el de locos, el de epilépticos, el de aberrantes, el de anormales, y de todo ello viene á expresar la exposición de un problema pavoroso, que ataca á las propias raíces de nuestra existencia, y del cual necesariamente tiene que ocuparse con gran interés el país. Y ¿qué medios, qué procedimientos habrá para poner algún impedimento á todas estas cosas? En primer lugar, hay que robustecer la autoridad sanitaria.

Decía el Sr. Elósegui, con razón (y no quiero que se me olvide la idea, por lo trascendental de ella), que en España no hay concepto del derecho ni del delito sanitario, que las autoridades sanitarias no tienen eficacia, que no realizan su función con aquella autoridad, con aquella independencia y con aquella fuerza ejecutiva con que yo creo que la deben realizar. Y he aquí, á mi modo de ver, una de las causas mayores de nuestra actual decadencia sanitaria; porque cuando yo me pregunto, aparte el valor de la legislación de un país ó de otro, en qué se diferencia fundamentalmente la Sanidad de Inglaterra, la Sanidad de los Estados Unidos de la Sanidad española, veo que es principalmente en la falta de autoridad, en la falta de poder ejecutivo de las personas que representan la Sanidad oficial. Creo yo que si alguna dictadura recibirá la opinión pública del mundo el día de mañana con aplauso, será seguramente la dictadura sanitaria, que tiene por objeto realizar el gran bien de defender la salud y la vida de la gente. Y, en efecto, ¿qué representan la autoridades sanitarias en Inglaterra y en los Estados Unidos? Representan una fuerza ejecutiva, realizadora de toda medida higiénica, con derecho al castigo y á la pena del que delinque, y con una eficacia que verdaderamente asombra.

Yo creo, señores, que los tres más grandes hechos de que puede vanagloriarse el progreso de la Sanidad moderna, han sido realizados mediante una gran autoridad por parte de quien ha estado encargado de realizarlos. Y voy á citar ligeramente esos tres hechos, que, á mi juicio, constituyen lo más trascendental, lo más admirable, lo más ejemplar de la Sanidad en el mundo.

El primer hecho se relaciona con nosotros: me refiero al saneamiento de Cuba y Puerto Rico por los norteamericanos. ¿Qué pasó en el saneamiento de Cuba y de Puerto Rico? Nosotros padecimos allí dos grandes azotes: el azote del paludismo y el azote de la fiebre amarilla. De 200.000 y pico de soldados que había en Cuba el año 1896 (yo fui testigo presencial), fueron asistidos en los hospitales 232.714 enfermos, de los cuales murieron 10.610, ó sea el 53 por 100 del contingente. El número de enfermos de fiebre amarilla fué verdaderamente enorme; el de los palúdicos todavía mayor, y la muerte les seguía hasta llegar á la Península en los barcos que traían á aquellos pobres desgraciados, víctimas de la epi-

demia ó de la endemia amarilla y palúdica. ¿Y qué resultó? Que inmediatamente que se hicieron cargo los Estados Unidos, lo mismo de Cuba que de Puerto Rico, nombraron á un hombre, un solo hombre, el gran Gorgas, entonces coronel de los ejércitos norteamericanos, que, con poderes autocráticos, dictatoriales, realizó toda la obra de saneamiento de Cuba y de Puerto Rico. El año 1920 la fiebre amarilla desapareció de Cuba. Es cierto que cuando nosotros interveníamos en la Sanidad de aquella isla no se había descubierto la causa de la fiebre amarilla, y esto nos quita cierta responsabilidad, sobre todo al Cuerpo de Sanidad Militar, en lo que se refiere al Ejército; pero el caso es que los Estados Unidos fueron los que promovieron las investigaciones científicas referentes á la fiebre amarilla y á la anquilostomiasis, y la primera desapareció en absoluto de Cuba por medidas dictatoriales de las autoridades sanitarias de los Estados Unidos, y disminuyó en un 10 por 10 la mortalidad en Puerto Rico en lo que se refiere á la anquilostomiasis, enfermedad endémica que causaba grandes estragos en aquella isla. No hay que decir cómo hicieron desaparecer la viruela y otra porción de enfermedades propias del país. Por medio de medidas de rigor y de respeto á las disposiciones sanitarias.

Otro ejemplo, muy elocuente, fué el del canal de Panamá. En el canal de Panamá ocurrió una cosa, que por la transcendencia internacional que tuvo, mereció el aplauso del mundo entero. La primera Empresa del canal de Panamá, dirigida por Fernando Lesseps, el gran ingeniero francés, murió ruidosamente en aquella catástrofe económica que todos recordaréis, en la que desapareció por completo el valor de las acciones del canal de Panamá, arruinando á muchas gentes. Pues bien: la causa de esa catástrofe económica fué de orden sanitario. En el canal de Panamá, durante el primer período de la ejecución de sus obras, moría el 25 por 100 de los obreros, y no hay para qué decir que enfermaban casi todos. Andando el tiempo, transformóse la Compañía del canal de Panamá con capitales americanos y dispuso el Gobierno yanqui que el propio Gorgas, que hizo la redención sanitaria de Cuba, fuera á Panamá. Pues bien; á los tres años había casi desaparecido de allí el paludismo y la fiebre amarilla y las obras del canal llegaron á feliz término.

Por último, otro ejemplo ha sido el del éxito alcanzado por la sanidad de los ejércitos en la última guerra. Eso es verdaderamente asombroso, y revela hasta qué punto la ciencia sanitaria actual tiene recursos científicos para remediar los graves males de que adolecemos; porque recorriendo la historia de las guerras europeas, ellas tenían, como natural consecuencia de los defectos sanitarios de los ejércitos, una mortalidad superior por enfermedades que por las heridas causadas por el enemigo. Las guerras napoleónicas, la guerra de Crimea, y no hay para qué decir nuestras guerras coloniales, todas han constituido un desastre sanitario.

Cuando únicamente comenzó á iniciarse el progreso en esta materia, fué en la guerra ruso-japonesa. Los japoneses, bien inspirados en materia científica por los alemanes, organizaron los servicios sanitarios del Ejército de modo que la cifra de mortalidad por enfermedades fué «un poco» menos; pero en esta guerra que acaba de pasar, ha ocurrido una cosa verdaderamente admirable. La enfermedad epidémica que causaba mayores estragos en los ejércitos, que era la fiebre tifoidea, ha quedado yugulada, por decirlo así, por medio de la vacunación antitífica. Los Ejércitos todos, los aliados y los centrales, desde el momento en que comenzaron á movilizar sus tropas, vacunaron contra la fiebre tifoidea sus soldados, y aconteció lo que tenía que suceder, ó sea que la vacunación produjo la inmunidad de las tropas.



No hay para qué decir que allí donde ha surgido un foco de cólera, con la vacunación anticolérica se ha apagado; y no hay para qué decir tampoco que el único caso de epidemia formal en esta guerra, que fué la del tifus exantemático en Serbia, el conocimiento que se tiene hoy de que es un parásito el que transmite la enfermedad, dió lugar á que el Estado Mayor Sanitario inglés se ofreciera á Serbia y realizara aquella obra simpática y humanitaria de hacer desaparecer la epidemia tífica.

Pero, ¿y en cuanto á los heridos? De 195.000 hombres que tuvo el Ejército americano, fueron salvados 182.000, y muchos de ellos reintegrados al trabajo. Tomando los Ejércitos en general, sobre todo los Ejércitos aliados, cuyas estadísticas son las que yo conozco con un poco más de detalle, la mortalidad por enfermedades ha sido de 30 y por heridas de 70. De modo que en esta guerra se ha dado el ejemplo de intervenir notablemente las relaciones que existían entre la mortalidad por enfermedades y por el fuego enemigo. Éxito de la ciencia sanitaria en lo que se refiere á la preservación de las enfermedades infecciosas. De aquí se desprende la trascendencia que tiene la ley prometida por el señor ministro sobre enfermedades evitables.

Y voy á terminar, porque no quisiera molestar más á la Cámara. (*Varios señores senadores: No nos molesta.*)

Ha aludido el Sr. Elósegui á ciertas ideas trascendentales que se refieren á las relaciones de la sanidad con el trabajo, y hasta ha apuntado la de que acaso sería conveniente unir los servicios sanitarios con los actualmente asignados al Ministerio del Trabajo. Creo que S. S. en principio lleva muchísima razón, por dos motivos. En primer lugar, porque, como decía aquí cierto señor senador durante la discusión del Mensaje de la Corona, me parece que era el señor marqués de Cortina, el actual contenido del Ministerio del Trabajo es escaso; de modo que allí holgadamente pueden ir aquellas cosas que más se relacionan con él. Por el contrario, en el de la Gobernación, que indudablemente tiene muchos asuntos, hay sobre todo dos que preocupan notoriamente á los ministros, como son los de orden público, cuestión agudizada hoy más que nunca, y lo que afecta al orden político, lo cual, unido á otras diversas cosas, supone un verdadero exceso de labor. De modo que, buscando cierta ponderación, podría justificarse la idea del Sr. Elósegui de que los asuntos sanitarios pasaran al Ministerio del Trabajo; pero hay además otra razón de analogía de relaciones de las materias y que consiste en que, dado el punto de vista que la sanidad pública tiene hoy, que es el social, contrapuesto al de la sanidad antigua en el sentido administrativo, indudablemente las relaciones entre la sanidad social y el Ministerio del Trabajo son grandes y frecuentes. Y eso lo justifica, primero, que allí donde se ha creado un Ministerio de Sanidad independiente, como, por ejemplo, en Inglaterra, á él han ido cosas referentes al trabajo, verbigracia, lo relativo al seguro social, la construcción de casas baratas para obreros y otras más cosas de carácter social. ¿Por qué las casas baratas han ido á este Ministerio? ¡Ah! Porque la construcción de casas baratas, como el saneamiento de las poblaciones en general, tiene muchos aspectos: uno el económico, cuya importancia nadie puede negar, y otro el sanitario; y entendiéndolo Inglaterra que el aspecto fundamental de la construcción de casas baratas es el sanitario, á aquel Ministerio de Sanidad ha encomendado el problema. ¿Y qué ha hecho aquel Ministerio? Pues proponer al Parlamento, que lo aceptó, la construcción de 500.000 casas para la obra de reconstrucción de Inglaterra, de las cuales 20.000 se han construido ya y las demás están en camino de construirse.

En cuanto al seguro social, es indudable que éste, por lo

que se refiere al seguro de enfermedad, como al seguro maternal, tiene también como dominante el aspecto sanitario. Yo llego á sostener, lo he dicho en otra ocasión, que sin el seguro social de enfermedad y sin el maternal, no hay progreso sanitario en ningún país, precisamente por el carácter social que la sanidad tiene, y porque el seguro social implica la colaboración de todos los elementos sociales al sostenimiento de la salud y de la vida de las clases humildes. Todos los Ministerios de Sanidad que se están creando resuelven los asuntos que pertenecen á nuestro Ministerio del Trabajo. Recuerdo que los Países Bajos comprenden en el Ministerio del Trabajo los asuntos sanitarios. De tal manera puede esto armonizarse y encajar en un sólo concepto, que indudablemente el ideal social en materia sanitaria sería tener en cuenta, como primer elemento de la defensa del interés público, la salud de los obreros, la sanidad del pueblo. Pero para todo esto, claro es que se necesita un presupuesto, y aquí está la dificultad real de la reforma. El presupuesto de Sanidad en España, como decía el Sr. Elósegui con razón, no puede continuar así. Inglaterra (hay que tener en cuenta a diferencia de su riqueza) gasta un millar de millones en sanidad por parte del Estado, sin tener en cuenta lo que emplean los Municipios. Y Municipio hay en América, por ejemplo el de Nueva York, cuyo presupuesto de Sanidad asciende á ocho millones, al paso que nosotros tenemos poco más de tres para el presupuesto general de la Nación. La colaboración social, unida al progreso, que tiene que ser lento, de nuestros recursos económicos, podría indudablemente favorecer la transformación de la sanidad del país.

Y ya me concreto, para terminar, á aplaudir el alto espíritu del señor ministro de la Gobernación en lo que se refiere á sus grandes alientos en esta materia, reflejados en su palabra formal de traer al Parlamento los proyectos de ley que tiene anunciados, y en los cuales está, á mi juicio, contenido lo más esencial que la sanidad pública de España exige. Con esto he terminado. (*Muy bien, muy bien. Muchos señores senadores felicitan al orador.*)

(*Diario de Sesiones del 21 de Abril.*)

## LA CUESTIÓN DE LOS MANICOMIOS ESPAÑOLES <sup>(1)</sup>

POR

JOSÉ M. DE VILLAVERDE

Debo confesar al llegar á este punto, que he leído los artículos de dos queridos colegas en la *Medicina Ibérica*; en ellos nada se dice de lo que voy á indicar y creo que tal ocurra en los demás artículos á que ellos se refieren, pues las ideas se propagan como reguero de pólvora y no suelen omitirse sobre todo si son de importancia. De todos modos, si estoy equivocado que se me rectifique, ó si no, rectificaré con el mayor gusto.

Cuando se habla de manicomios y se dicen las cosas que se dicen y se lee sobre la importancia de que el estado actual de cosas se modifique, se comete una gran omisión que es en nuestro sentir una enorme injusticia.

Nos referimos al caso concreto del Dr. Gayarre. Todos lo conocen, y por tanto, insistir sobre este punto parecerá sin duda casi innecesario. Pero como por lo visto la gente tiene aquí muy mala memoria, no estará de más recordar algo que no debe ser olvidado.

(1) Véase el número anterior.



El Dr. Gayarre es una persona de una cultura psiquiátrica tan enorme, que nosotros que hemos estado en el extranjero, estimamos muy superior á la de los docentes y asistentes que rodean los maestros, y desde luego, tan grande como la de cualquiera de éstos. Es un clínico experto, un histopatólogo distinguidísimo, y se unen en él unas condiciones de amor al trabajo, y de sentimiento de la responsabilidad, que dicho sea sin ofender á nadie, se encuentran en muy pocos.

El Dr. Gayarre, durante diez años, ha sido director de los manicomios de Ciempozuelos. De los dos, del de hombres y mujeres, con un total aproximado de 2.000 enfermos. La obra que dicho colega ha realizado al frente de los manicomios ha sido sencillamente admirable. Año ha habido que él solo de su puño y letra ha escrito y hecho varios cientos de historias.

Él sólo tenía que ocuparse de todo lo referente á la reacción de Wassermann. Él se ocupaba del análisis del líquido cefalorraquídeo. Y él se ocupaba del estudio histológico de trozos de cerebro para hacer el diagnóstico anatómico, y unirlo á las historias, que eran del mismo tipo que las de cualquier clínica psiquiátrica del mundo. Y todo esto, durante casi todo el día, con un sueldo exiguo, con pérdida evidente en sus ingresos por tener que permanecer allí durante tres días á la semana. Y hasta en sus últimos tiempos de Director (y esto lo sabemos perfectamente porque trabajaba en nuestra misma mesa, en el Instituto Cajal), le hemos visto regresar á las seis y media de la tarde con unos cuantos tubos, conteniendo los líquidos cefalorraquídeos, á analizar y trozos de cerebro para hacer preparaciones microscópicas y comenzar de nuevo el trabajo. Y por todo esto no cobraba más que si hubiera cumplido á la española.

Y como en el caso de Achúcarro, en el de Gayarre todo ha pasado sin dejar huella. Es la ley fatal y terrible de lo que ocurre con todo en España. Ó dicho de una manera más gráfica, el caso que pone como ejemplo con su fina ironía uno de mis más queridos é ilustres maestros: «la simiente de melones que llevada á otro país los produjo y magníficos á la primera generación, pero degeneró en calabazas á la segunda».

El colmo de lo triste, sin embargo, no es que todo se hunda, que es lo que forzosamente tenía que ocurrir, sino que se cometa la injusticia de hablar de manicomios, se haga literatura sobre ellos y ni se nombre á la persona que hizo una labor seria, fundamental, honrada, pero poco vistosa y jaleable, y se le relegue en el olvido. Y esto no lo hace el público, que maldito lo que entiende de estas cuestiones, ni le importa, ni le interesa entender. Ni lo hacen los médicos generales que en último término no tienen obligación de entender de esto mucho más que el público, sino los neurólogos. Y si éstos no están enterados de lo que el

Dr. Gayarre ha hecho en Ciempozuelos, ni maldito lo que les importa, ni lo hacen constar en esta ocasión, quizás única de hacerle la justicia á que tiene indiscutible derecho, ¿quién se lo reconocerá? Quizás los enfermos, muchos de los cuales aún lo recuerdan con emoción y cariño. Y esa será su única pero verdadera recompensa.

Todo esto es de un pesimismo desconsolador, pero es la verdad. ¿Qué valor tendrán después de sucedidos de esta magnitud, toda la literatura que sobre manicomios se está escribiendo? Que el lector imparcial juzgue, y no creemos que después de todo esto habrá mucha gente que se deje seducir por las cosas que se han estado escribiendo por los trovadores promanicomiales.

Nos estamos extendiendo demasiado en todo lo que acabamos de señalar. Y, como es natural, quizá ello dé lugar á que se nos tache de sistemáticos, escépticos, autores de labor negativa, etc.... y otros epítetos que por no poder decírsenos otros, tenemos que oír los que no pertenecemos á ninguna cofradía, ni comulgamos con ruedas de molino, ni creemos en la refulgencia de astros de oro doublé, ni maldito lo que nos importa decir la verdad.

¿Qué debemos discutir para terminar? Pues algo más positivo ó que debiera ser más positivo: las causas del mal y el remedio.

De las causas del mal ya hemos dicho algo y, por tanto, ello ya nos autoriza á no extendernos aquí demasiado. Es mal crónico, y por ello difícil ó acaso imposible de remediar. Las causas son profundas y arraigadas, y no pueden atacarse fácilmente. En primer lugar, data de muy antiguo y va unido á la suerte no muy brillante, ciertamente, que ha correspondido á nuestra nación en estas cuestiones. Al principio del siglo pasado, cuando la cuestión de los alienados cambió radicalmente en Francia, en Inglaterra y en Italia, nada ocurrió en España, y esa era una primera y grande ocasión para que las cosas cambiaran. Desde entonces en el fondo todo ha seguido igual. A casi nadie ha interesado la cuestión y ha seguido entre otras tantas rutinas y negligencias sin modificarse.

Y si durante todo un siglo todo ha seguido igual, y las dos personas últimas de más prestigio, los doctores Achúcarro y Gayarre, han fracasado (me refiero á lo de hacer cambiar las cosas), ¿qué puede esperarse con discursos y literatura? Cien mil fracasarían igualmente, pues no se trata de hacer una gran obra frente á un manicomio (que de esto el Dr. Gayarre ha dado un elocuente ejemplo), sino de perseverar, cosa que no han hecho los que escriben, y sólo así puede conseguirse algo. Esto es imposible en España.

Causas de esto y de lo otro hay muchas que se co-

# SIL-AL

## SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

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



nocen que es durísimo señalar, pero que al llegar á este punto sería una cobardía omitir.

Un colega en su artículo, refiriéndose á otro especialista, dice que este querido compañero señala como causa de todo ello la supina ignorancia del público y de los médicos en estas cuestiones. Celebramos muy de veras coincidir, aunque no sea más que en parte, con el distinguido colega, pero ya puestos á decir las cosas, debe llegarse hasta el fin.

Hay muchas clases de ignorancias, y todas ellas no son igualmente punibles. Las hay que no constituyen más que, como dirían los teólogos, un pecado venial, en otros casos es ya mortal, y en algunos es de los que se llaman pecados que claman al cielo.

Que el público no esté enterado de cosas de Psiquiatría, después de todo no tiene gran importancia. Que los médicos generales no sepan, tampoco la tiene, pues aun habiendo cátedras de Psiquiatría, serían profesores los que más influencia tendrían, no los que más supieran, y los alumnos podían llamarse de tú con los maestros. Que los neurólogos no sepan cosas de Psiquiatría, no es cosa muy chocante en España y no tiene por qué llamar la atención, pues puede incluso tenerse una gran reputación; con que se encuentre unos cuantos tontos que digan lo mucho que sabe, y el que lo niegue el interesado no hará sino acrecentar su mérito, pues unirá á la sabiduría la modestia, como en el delicioso cuento, de Alfred Capus. Pero lo verdaderamente grande y bufonesco es que haya neurólogos que no saben Psiquiatría, que no quieren aprenderla, que escriben sobre la importancia de cosas que no entienden ni entenderán, y además que quieran dogmatizar y que se acate lo que dicen. Como si el resto de los mortales fuera un inmenso campo donde sólo florecen idiotas ó castrados intelectualmente con la obligación de decir amén á todo. Esto debía decirse al llegarse á este punto, ya que se habla de incompetencia, poner el dedo en la llaga y no quedarse al comienzo de la cosa para sólo señalar el lado inocente y sin transcendencia de la cuestión. Por muy duro que sea, creemos que esto y mucho más puede decirse, pues á nadie se ofende cuando se salvan los respetos á las personas y se vé que lo que se dice es el fruto de la más profunda convicción.

De remedios poco puede decirse. El citado colega propone la fundación de un Centro en el que se enseñen estas cosas. Para ello habría que pedir protección á mucha gente que quizás la otorgaría, y el nuevo organismo pronto estaría en condiciones de funcionar.

Ciertamente la cosa en abstracto es excelente, pero llevada á la práctica sería un verdadero desastre. Lo mejor es enemigo de lo bueno, y todos los intentos que en España se han hecho para desde un principio hacer las cosas en grande han fracasado. No hay que olvidar

tampoco que en el extranjero todos los grandes Centros, Institutos, etc.... hoy día en estado floreciente, han empezado de una manera modestísima.

Aun dejando á un lado la cuestión financiera que se arreglaría ó no (pues no hay que olvidar que aunque aquí no han faltado espléndidas donaciones del Estado y de los particulares, la cosa se va poniendo ya mal por ese lado por el mal uso que se ha hecho del dinero), el Centro propuesto no conduciría á nada.

Ya creo que hemos dicho bastante, y ello indica con qué elementos se formaría. Un director que sería el que tuviese más influencia, y unos cuantos médicos subalternos, los cuales serían hijos ó yernos de personas influyentes en la Medicina nacional, con pingües sueldos, como es natural, porque si no ¿para qué?

La obra psiquiátrica y educativa que en esas condiciones desarrollara el famoso Centro tendría que ver. Desde luego el personal subalterno sería completamente incompetente, y si además no eran inteligentes, mejor que mejor. Eso sí, podrá publicar una revista en donde no sé lo que se iba á decir á no ser publicar artículos sobre «la importancia para el arreglo de la psiquiatría del arte de elegir un papá ó un suegrecito influyente».

En nuestro sentir, esta es tan sólo una cuestión de competencia. Pero el remediar esto es difícilísimo, pues á nadie interesa. Si á los neurólogos maldito lo que les ha importado lo que han hecho Achúcarro y Gayerre y conocen mal al uno y olvidan al otro, ¿qué ocurrirá? Si los neurólogos dan el ejemplo de en el fondo tenerles completamente sin cuidado todo lo que con la Psiquiatría se relaciona, ¿qué harán los médicos no neurólogos? Ciertamente no se interesarán con que les larguen escritos en forma de folletín rocambolesco relatándoles lo que ocurre en los manicomios de provincia para intentar ponerles los pelos de punta y luego en definitiva no hacer nada.

A primera vista parece que, si como decimos más arriba, es todo ello en el fondo cuestión de competencia, la cosa sólo tiene un arreglo; aprender. Pero ¿cómo? ¿dónde? ¿de qué manera puede ello llevarse á la práctica? Esto es ya mucho más complicado.

La gente joven que quiera aprender y orientarse bien en cosas de psiquiatría, no tiene más que un camino: ir al extranjero y permanecer largo tiempo junto á un buen profesor. No al lado de algunos docentes y profesores de segunda línea, que con tal de satisfacer la vanidad de tener discípulos lo sacrifican todo. Nada de eso, ir á un gran centro y permanecer largo tiempo al lado de un gran maestro.

Es triste tener que decir que hoy por hoy el que quiera enterarse de estas cosas en España no puede hacerlo. No hay tradición y hay que ir por agua á la fuen-

# CARBOLAN

Pelrd's C.º, New-York.

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

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



te. Aquí sólo puede leer cuatro libros y se le recomendarán los peores y más fantásticos, siguiendo como es natural sin enterarse de lo que se trae entre manos.

Además de no aprender, el joven inteligente y trabajador que quiera especializarse corre en España otro peligro. Y es que en este ambiente, no estando muy orientado se fracasa desde el principio. Es esto lo más triste de todo, que por fuerza tengan que malograrse personas que pudieran hacer cosas. Pero esto es igual en todas las ramas de la Medicina.

La Junta para ampliación de estudios puede hacer una gran obra, pero solo dentro de límites muy modestos desgraciadamente. Tiene que mandar toda la gente que quiera (que quiera, que no son muchos) aprender psiquiatría al extranjero y si sólo puede mandar pocos, elegir los más aptos.

Hasta ahora las cosas no han dado gran resultado. Los pensionados no son muchos, ni han sido muy bien elegidos y siempre hay que contar con que hasta en el caso más favorable han de fracasar algunos. Pero esto es otra fase de la dulce anarquía española, que llega á la Junta de Pensiones como á cualquier otro organismo. En primer lugar, los conocimientos de las lenguas en los pensionados son insuficientes y á pesar de lo que se hace no puede subsanarse esto del todo. Pensionados hay que luego han venido á España con aureola de sabio, que con lo primero que se han encontrado al ir al extranjero ha sido con una incapacidad absoluta para entenderse, y así han vuelto.

Y de la falta de preparación técnica elemental en el pensionado podía decirse mucho. Es cosa esta difícil de corregir, pues la falta de conocimientos del futuro pensionado es deficiencia con raíces profundas y que viene de lejos.

Y nada hemos de decir de lo que haga el pensionado. Nos dá pena el sólo pensar las cosas que nos han contado de algunos que nos han precedido. Desde luego más de uno ha dejado un profesor de primera fuerza para ir junto á otro que le daba facilidades para escribir un trabajo cada mes. ¡Como á la vuelta nadie los había de leer!

No es esto todo. El pensionado que no ha fracasado en el extranjero ó fué ya fracasado porque nunca sirvió para nada, corre enorme riesgo al llegar aquí. No hablo de los que ya vienen á tiro hecho y á aprovechar su calidad de pensionado para alabar á un señor, formar parte de una cofradía y á llamar á éste *excelso* para que le llamen á él *ilustre* ó *divino* como si fuera el Aretino (en último término todo da igual porque quienes se lo han de comer, es lógico que se lo guisen á su gusto), sino de los que quieran hacer las cosas bien. Al volver del extranjero se encuentra el ambiente hostil y se pasan verdaderas amarguras si se quiere perseverar en lo que se ha aprendido, como se tiene la obligación con res-

pecto al Estado, que ha dado el dinero para que se persevere y se instaure lo que aquí no había.

Pero con tan pocas personas que quieren interesarse por estas cosas, los que se pierden por acomodarse desde luego al ambiente buscando una línea de menor resistencia, las pocas pensiones y los pensionados que fracasen antes, en la pensión ó después, nos permitimos concluir que este camino, el único eficaz dé poco. Quién sabe si siguiéndolo con perseverancia y entusiasmo dentro de muchísimos años comenzará á dar frutos.

Nosotros si en nuestras modestísimas fuerzas podemos contribuir á iniciar á alguien para ir al extranjero, lo haremos poniendo en ello todos nuestros entusiasmos. Pero asimismo le inculcaremos la indiferencia por la literatura y la oratoria que todo lo echa á perder.

## Sociedades Científicas.

### REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 22 DE ENERO DE 1921

#### El histerismo en la infancia.

El Dr. FERNÁNDEZ SANZ se ocupa de algunos puntos expuestos por el Sr. Sarabia en su interesante comunicación. Dice que desde luego es evidente que el histerismo existe en la edad infantil y la más propicia para el desarrollo de esta psiconeurosis, estando todos los niños predispuestos á ser histéricos. No sólo en la evolución individual, sino en la histórica de la humanidad se ha observado este caso y se ha visto con cuánta frecuencia ha germinado el histerismo, incluso en forma epidémica, en épocas en que éste adquirió manifestaciones verdaderamente asombrosas.

Añade el Dr. Fernández Sanz que el histerismo infantil se distingue en primer término por la pureza de sus síntomas; falta el concurso de otros factores psiconeuróticos sociales, más frecuentes en los adultos, que dan lugar á las psiconeurosis mixtas. No solamente en los niños se presentan los síntomas histéricos aislados, sino que éstos son en corto número; no se observan con la profusión de manifestaciones clínicas que en el adulto, y muchas veces se reducen á un solo síntoma, persistente y reiterado.

Otro carácter importante es la ausencia de estigmas histéricos en los niños; el histerismo no es patrimonio del sexo femenino, se observa también en varones dotados completamente de todos los atributos de la virilidad, en los cuales no se ve el menor asomo de afeminamiento.

Manifiesta que hace unos ocho años publicó una estadística sobre el histerismo en la población rural de España y demostró, en más de un millar de casos, que la diferencia entre la proporción del histerismo en hombres y en mujeres era mucho menor en los campesinos que en las clases elevadas de la sociedad.

Se ocupa de la teoría fisiológica del neurólogo Sollier, cuyos síntomas histéricos podían ser debidos á inhibición fundamental de la mente, iniciada en los centros existentes en la corteza cerebral; que esta teoría debe respetarse por contar con base científica, razonable, pero al no someterse al contraste con la experiencia, tiene que quedar relegada al terreno de la hipótesis, y más en la actualidad cuyas corrientes modernas tienden á admitir un factor orgánico, ó un conjunto de factores orgánicos en la génesis y en la evolución del histerismo, los cuales se van localizando cada vez con más precisión en el sistema nervioso de la vida vegetativa, y en el de glándulas endocrinas, porque es sabida la íntima solidaridad que existe entre uno y otro sistema.

# 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.



El Dr. Fernández Sanz dice que en la génesis del histerismo se ha llegado á la noción verdaderamente organicista, demostrando que el síndrome histérico, lo de menos es lo intelectual, lo puramente ideativo representa un papel secundario, pues existe de una manera subordinada á otros procesos más importantes, los emotivos. Se admite generalmente que el histerismo es una psiconeurosis de base emocional, hasta el punto que pueden definirse todas las manifestaciones histéricas diciendo que son anómalas, anormales, no sólo por su calidad, sino por su duración, emociones anormalmente prolongadas y reiteradas; es la permanencia de una reacción emotiva por una causa que produzca una perturbación afectiva. Estudiada esta génesis del accidente psiconeurótico en general resultan de gran trascendencia para el tratamiento, que ha puntualizado el Sr. Sarabia, ayudándose de recursos farmacológicos y opoterápicos. De modo que no se trata ya el histerismo con un fin puramente sugestivo, sino que analizando la naturaleza del trastorno vegetativo que interviene en su producción, y conociendo cuál de las varias porciones que componen este sistema nervioso se halla alterado, sea por exceso, sea por defecto, se tendrá en la mano todos aquellos recursos que contrarrestan esta acción múltiple, y de esta manera se podrán obtener excelentes resultados, sin descuidar desde luego la medicación psicoterápica.

Al ocuparse el Sr. Fernández Sanz del segundo aspecto del problema sobre la endocrina dice que las glándulas intervienen también en la génesis de estos trastornos, y por lo tanto, hay que echar mano de ellas para el tratamiento como son las glándulas sexuales, el tiroides y las glándulas suprarrenales, ó mejor dicho, el sistema hipófiso-suprarrenal. Con los preparados opoterápicos corrientes se pueden obtener buenos resultados en la terapéutica del histerismo.

El Sr. Fernández Sanz entra en detalles respecto al examen de los medios psicoterapéuticos y se ocupa, en primer término, de la sugestión, si bien concede una importancia mayor á la educación, puesto que aquella sólo vale para tratar síntomas aislados; en cambio, para la diátesis histérica no hay como la educación, aislando al enfermito del lado de la familia, único modo de desarrollar con éxito los procedimientos psicoterápicos. Desde luego, la intimidación es un procedimiento educativo excelente, y la reflexión será siempre eficaz. La enorme experiencia adquirida en la guerra europea así lo prueba; mientras los psicoterapeutas aplicaban los procedimientos de la paz, no conseguían curar ningún psiconeurótico. Cuando se decidieron á aplicar la intimidación, entonces las naciones beligerantes empezaron á notar sus resultados; las filas de los combatientes se iban engrosando á medida que disminuían las estancias en los hospitales. Tal procedimiento no debe aplicarse brutalemente.

Respecto del psicoanálisis puede hacerse algo parecido; es un procedimiento utilizable siempre que se le quiten las enormes exageraciones de sus secuaces. Un psicoanálisis atinado, despojado de su tendencia panerótica y aplicado sin crudeza, de técnica inicial, es decir, tal como lo entiende la escuela de Jung, y valiéndose de la interpretación de los sueños, da buenos resultados en ciertos casos, pues no lo es en los de psiconeurosis. En cuanto á la aplicación del hipnotismo en el niño, lo considero innecesario.

El Dr. HERGUETA se hace cargo de lo dicho por los señores que le han precedido en la palabra sobre este asunto. Dice que no le suena bien la palabra *histerismo en la infancia*, porque lo primero que hay que saber, es qué se entiende por infancia y hasta qué edad llega; la clasifica en los siguientes períodos: primero, de diez y ocho á veinte meses, segundo, hasta los cuarenta meses; tercero, hasta los siete años; cuarto, hasta los doce años, y, quinto, hasta los diez y seis años. Desde los siete años abajo, los niños titulados histéricos son más bien nerviosos é hijos de padres escrofulosos, sifilíticos, epilépticos, locos y alcohólicos, cuyas manifestaciones neuróticas son tan especiales que se manifiestan por una impresionabilidad exagerada, vehemencia en todo, carácter vivo, imaginación desproporcionada con la edad, agudeza espontánea, juicio precoz, por lo que califican á dichos niños con la frase de que «parece un viejo». Cuan-

do están enfermos reaccionan bruscamente hasta 40° y 41°, sobreviene delirio, á un simple escalofrío sucede un ataque de eclampsia; por cualquier accidente, sobreviene una convulsión; en una palabra, tanto su familia como el médico y los que le rodean están temiendo siempre que se presente el horrible cuadro de la meningitis. Colocad, dice, á un niño en estas condiciones dentro de una familia de degenerados. ¿Qué ocurrirá? Lo más probable es que la educación no sea buena y constituirá la desgracia de ese ser, y por eso, tanto el Sr. Sarabia como el Sr. Fernández Sanz, proponen aislarlos de la familia. En esta conclusión no está conforme el señor Hergueta, porque entiende que no hay como la madre para educar á su hijo; no hay sustitución posible (*El señor Fernández Sanz*: Siempre que no esté histérica la madre.) Entonces se aísla á los dos, porque si se conceptúa que se encuentra entre una familia de locos ó de histéricos, aquello no puede considerarse como una familia, y la educación es imposible. Y nadie mejor que la madre para educar á su hijo, porque es la que mejor conoce sus mañas, sus hábitos, sus costumbres, su sueño, su alimentación; es la que ordena su vida, la que mejor le cuida higiénicamente, la que siembra gradualmente la semilla religiosa que jamás se olvida en la vida, la que, en una palabra, forma el corazón del niño por procedimientos pedagógicos sustitutivos y naturales, no aprendidos en libros, porque los dicta el cariño y amor maternales. En manos mercenarias, esto no es posible, y si están mal educados resultan candidatos al histerismo, corea y otras neurosis; del niño se hace lo que se quiere de él siempre que esté bien alimentado y no esté enfermo.

El Sr. Hergueta cree poco en el histerismo masculino y en esto sigue á Charcot, en que dicha neurosis tiene relaciones muy íntimas con alteraciones de los ovarios, sobre todo del izquierdo, y algo debe existir real en este concepto, cuando hoy se cree en la inmensa influencia que ejercen las glándulas de secreción interna en el histerismo, y siempre resultará que en el orden cronológico de su génesis habrá que citar en primer lugar el ovario y después el tiroides y las glándulas suprarrenales de una importancia capital como causa.

Al ocuparse el Sr. Hergueta de la curación en la infancia refiere que es tan especial é intensa que supera á la de las demás edades de la vida. El niño que parece no fijarse en nada, se fija en todo; se cree que no entiende ni una palabra, y delante de un enfermito grave suele decirse: «este se muere ó va á terminar», y el niño está escuchando y entendiendo perfectamente por el instinto de la vida que hace que las facultades mentales se agudicen de una manera extraordinaria; y hay niños de dos ó tres años que parece increíble posean un entendimiento tan perspicaz y tan agudo, precisamente momentos antes de morir. Pues bien; esta impresionabilidad no es solo física, es orgánica, es moral, es psíquica, es de todo género, y claro es que el ambiente social en que pueda envolverse á aquel niño neurótico, involucrando esta palabra con la de histerismo, es difícil que salga de allí limpio, en el sentido educativo, como en la actualidad estamos todos contagiados, sin saberlo, ni quererlo, dentro de una atmósfera social. Pues lo mismo es la familia, exactamente igual.

Dr. CESALDO.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,2; ídem mínima, 703,5; temperatura máxima, 24°,0; ídem mínima, 3°,8; vientos dominantes, E. NE. NNE.

Los casos de infección gripal disminuyen de modo evidente; en cambio, no se nota lo mismo en los de afecciones gastrointestinales.

En la presente semana no se ha tenido noticia de que se hayan presentado más casos de viruela, de modo que se puede afirmar que han sido casos esporádicos.

También en los niños es escaso el número de enfermedades eruptivas.

# PEÑACASTILLO

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

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



## Crónicas.

**A los señores anunciantes.**—Habiendo hecho algunos corresponsales preguntas relativas á la tirada que actualmente alcanza nuestro semanario, ponemos á su disposición el acta notarial, redactada por el notario Sr. Gimeno Bayón, demostrativa del creciente progreso de nuestra tirada, gracias al favor del público médico, al que nunca agradeceremos bastante el aliento con que nos anima á trabajar en defensa de su causa.

**Nuestro director á París.**—Con motivo del estado delicado de salud de su hijo Rafael, el sábado 23 de Abril salió para París nuestro querido director D. Carlos María Cortezo.

Esperamos que su regreso sea próximo y que el simpático enfermo vuelva repuesto totalmente.

**El Dr. Lasbennes abandona el ejercicio de la profesión.**—En *El Tiempo*, del 24 de Abril, hemos leído la noticia de que el Dr. D. Luis Lasbennes ha abandonado el ejercicio profesional para consagrarse más intensamente á su labor de publicista.

Nosotros conocemos á Lasbennes desde hace cerca de medio siglo, y tanto como á él, sus aficiones literarias y científicas; colabora en *EL SIGLO*, unas veces sobre su firma y otras anónimamente, pero casi á diario; le queremos y adivinamos en su propósito de abandonar el ejercicio profesional, no un apartamiento absoluto de los estudios médicos, sino de la visita. Seguirá siendo médico y cooperando en el libro y en la Revista al desarrollo de la ciencia. A un hombre de su entendimiento, y que tiene acumulada tanta erudición profesional, no le está permitido retraerse dejando sin ver la luz de la divulgación, la cosecha de toda una vida.

A. C. C.

**Homenaje al Dr. Bárcena en Valladolid.**—El sábado 9 de Abril y en el Hotel de Roma de Valladolid, tuvo lugar el banquete organizado en honor del Dr. Bárcena, para solemnizar la concesión que se hizo á éste, de la Cruz de Beneficencia, como premio á los servicios prestados por este compañero en el pueblo de Valdunquillo, durante la última epidemia gripal.

Asistieron al acto el presidente del Colegio Provincial de Médicos, profesor Suñer, el catedrático profesor Bafuellos, el alcalde y el secretario del Ayuntamiento de Valdunquillo, y muchos compañeros y amigos del homenajeado.

Hicieron uso de la palabra los representantes del Colegio de Médicos, de la Facultad y del Ayuntamiento, y en sentidas y breves frases, agradeció el agasajo el Dr. Bárcena.

Nuestra enhorabuena.

**Fiesta de promoción.**—En el corriente mes de Mayo piensan celebrar con un banquete la conmemoración del X aniversario del término de su carrera, los médicos de la promoción de 1911.

Todos los compañeros que deseen asistir á este acto, deberán dirigir sus adhesiones al Dr. Eugenio Mesonero Romanos (calle de Serrano, núm. 56).

**Nombramientos.**—Ha sido nombrado inspector honorario de Sanidad de la Armada, D. Miguel de la Peña; y director de la Estación sanitaria de Málaga, D. Aurelio Ferrán Lainez, que desempeñaba igual cargo en la de Algeciras.

Nuestra enhorabuena.

**Donativo estimable.**—Realmente lo son todos, modestos ó cuantiosos; pero algunos se ofrecen en condiciones que les dan mayor mérito: tal el del compañero que nos anunció que se privaba del tabaco para enviar lo que en su vicio gastaba para el Colegio de Huérfanos de sus compañeros, y ¿quién sabe si mañana de los suyos? No lo es menos el del ilustre médico francés Dr. Plantier, conocido escritor científico, ya retirado del ejercicio profesional, quien ha visitado

personalmente en París al Dr. Cortezo, para entregarle *cien francos*, por querer contribuir en algún modo á su obra humanitaria.

**Se vende urgentemente instalación radiológica, gran premio del Congreso Médico Internacional de Londres 1913;** seis tubos de la casa Pilon, pie soporte para los mismos, cama de operaciones radiológicas, baño hidroeléctrico de cuatro celdas, del Dr. Schnée, emanatorio de radium pluri-personal, generador de rayos ultra violeta para alta frecuencia de Sterling, oscilómetro esfigmométrico de Pachos, aparatos para la cura de garganta, nariz y oídos. Princesa, 58, Madrid.

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

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

**ANTICATARRAL García Suárez**

Solución creosotada de Glicero-clorhidrofosfato de cal con Thiocol y Gomenol. Es la preparación más eficaz en las afecciones del aparato respiratorio.



**Raimost**  
vino sin alcohol

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

**ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO**

**Radiozono**

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

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

**SOLUCIÓN BENEDICTO**

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.<sup>a</sup> de la Cabeza, 1

**GLICERO Granulado DALLOZ**

TÓNICO NERVINO

Glicerofosfato de Cal químicamente puro

MINERALIZADOR

Depresión nerviosa \* Neurastenia \* Desmineralización \* Tuberculosis ósea y pulmonar.

Muestras: DALLOZ & C<sup>o</sup>, 13, Boul<sup>o</sup> de la Chapelle, PARIS