

# 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. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo, Académico C. de la Real de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
J. CODINA CASTELLVÍ Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
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.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
		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.
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	

### PROGRAMA CIENTIFICO:

*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: Las inyecciones intrarraquídeas en la lúes nerviosa, por el Dr. José M. de Villaverde.—La diabetes sacarina, por el Dr. F. Huertas Ferrero.—Conferencias dadas en el Real Dispensario Antituberculoso de María Cristina, por el profesor Dr. Alfredo Wolf-Eisner, por Antonio Fernández Martín.—El paludismo en el ejército y su importancia social, por el Dr. Francisco Blázquez Bore.—Bibliografía, por Salvador Pascual.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Estatuto de la Universidad de Madrid, por el Dr. Luis Marco.—El médico, por el Dr. José María Barajas.—El profesor fano en Madrid.—¿Puede uno ponerse enfermo de noche?—Las brigadas sanitarias provinciales, por el Dr. Martín Salazar.—Nuevo sanatorio.—Sección oficial: Ministerio de Gracia y Justicia.—Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## Las inyecciones intrarraquídeas en la lúes nerviosa (Errores teóricos)

POR EL

DR. JOSÉ M. DE VILLAVERDE

De nuevo nos vemos obligados á coger la pluma para tratar de este asunto. Ello es necesario y lo hacemos con el mayor gusto, pues creemos contribuir así en lo posible de nuestras modestas fuerzas á que acaben de ponerse en claro algunos puntos.

El asunto, en el extranjero está fallado ya definitivamente en el sentido de que dicho procedimiento terapéutico es ineficaz y peligroso. Pero en España, las cosas desgraciadamente llegan tarde y no suele ser la mayoría de las veces, ni lo mejor ni lo más razonable lo que antes se instaura ni lo que más dura. Por eso creemos de la mayor utilidad, aunque nos lleve tiempo que nos precisa para otras cosas, seguir escribiendo sobre este tema.

En el método de las inyecciones intrarraquídeas debemos distinguir dos partes: es una la práctica, la de su eficiencia terapéutica, la parte clínica, por decirlo así; la otra es la parte teórica, la experimental, la que en la patología de los procesos metasifilíticos del sistema nervioso ha intentado buscar razones y hechos para justificar su empleo y proponerlo para que pase por la pie-

dra de toque de la experiencia, ó explica lo que la práctica muestra.

De la primera parte del problema no hemos de ocuparnos ahora. Preparamos un largo artículo, en el que expondremos los resultados basados en historias clínicas, algunas que corresponden á casos de los que hicieron concebir más esperanzas á los partidarios del citado método. Pero mientras reunimos algunos datos, y para no dejar de escribir de este asunto, vamos á tratar de algunos puntos relacionados con su teoría que son erróneos y arbitrarios.

Estos puntos conviene también discutirlos y explicarlos con todo detenimiento. Son un continuo equívoco sobre los que se apoyan (no acertamos á comprender cómo hacen esto) los partidarios del método intrarraquídeo. Y aunque parezca la cosa extraordinariamente extraña, ante los fracasos de la práctica se apoyan en aquéllos para que así nada se les pueda objetar por los que los desconocen. Esta actitud es peregrina, pues aun suponiendo que los fundamentos teóricos fuesen exactos, el que fracasasen en la práctica quiere decir, desde luego, que aquellas verdades no son directamente aplicables á la curación de los enfermos, cosa que ocurre en muchas ramas de la Medicina. Esto, en modo alguno, quiere significar que aquellas verdades sean de menor valor, y quizás más adelante en otras condiciones puedan aplicarse á la práctica, aunque precise por el momento dejarlas á un lado. Pero ante fracasos en los en-



fermos con un método terapéutico, querer todavía rectificar lo que se ve y fundamentar la perseverancia en datos teóricos que además son falsos, es algo que en Medicina no se ve todos los días.

Todo esto hace resaltar la necesidad de este artículo.

El tratar las enfermedades metalúéticas del sistema nervioso por vía intrarraquídea una vez comprobada la naturaleza sifilítica de las mismas y haberse visto que existían espirilos en plena substancia nerviosa, fué únicamente porque los tratamientos seguidos hasta entonces eran ineficaces. ¿Qué fundamentos había para aquello? Pues uno puramente arbitrario y que á primera vista parece algo: el que por vía intrarraquídea se pone el agente medicamentos en relación directa con el tejido nervioso, se «hace una medicación tópica», como con frase feliz y precisa dijo una vez discutiendo de este asunto un querido colega nuestro. La segunda razón era el ejemplo de lo que ocurría con la meningitis cerebroespinal epidémica, donde el suero específico obra más eficazmente, administrado por vía endolumbar.

Pero al llegar á este punto, es necesario acabar de una vez con la leyenda de esta última analogía que á todas horas sacan á relucir los partidarios del método intrarraquídeo como si con ello resolvieran ó demostraran algo. *El caso es completamente diferente.* Aparte de lo que se observa en la práctica, que la terapéutica es eficaz en un caso y nula en otro, teóricamente, las cosas no son iguales. En el caso de la meningitis, la inflamación es en las meninges, y en la parálisis, los espirilos han entrado hasta lo más profundo de la substancia nerviosa. Y tampoco es igual un suero antitóxico que el arsénico, que por todo se separa muchísimo más de la composición de los tejidos sobre los que va á obrar.

Sobre lo de si administrado el arsénico por vía endolumbar llegaba mejor al tejido nervioso y sería ó no más enérgico y eficaz, era cosa que lo habían de decir, por un lado, las experiencias de laboratorio y, por otro, la Clínica. Ahora sólo nos ocuparemos de lo referente al primer punto.

Se ha escrito, por ejemplo, por defensores del método, que: «las substancias inyectadas por vía intrarraquídea llegan perfectamente á las meninges (ya era lo único que faltaba, que inyectadas de la suerte no llegaran á las meninges) cerebrales en la mayoría de los casos, pero de todos los estudios experimentales, resulta que la penetración de estas soluciones se reduce á las capas más superficiales de la corteza cerebral, cuando la materia colorante es algo difusible y sólo á la piamadre, cuando no es difusible.» El salvarsán se halla en este último caso y no olvidemos un instante que en la parálisis los espirilos están en el seno de la substancia nerviosa.

Los experimentos que han conducido á esto merecen la mayor atención y son dignos, por más de un concepto, de ser subrayados. Un experimento, nos ha parecido á nosotros que siempre es demostrativo y

pone algo de manifiesto; podrá ser lo que quería demostrar el autor ó la tesis contraria. Y en este sentido debemos á aquéllos prestar nuestra atención, porque los autores que los emprendieron, sin duda alguna partidarios del método intrarraquídeo, los realizaron para ver de comprobar objetivamente su suposición de que por vía intrarraquídea llegaban los compuestos medicamentosos hasta el seno de la substancia nerviosa. Y lo que hallaron fué en tal modo opuesto á su hipótesis primitiva, que no hubo lugar á duda y no tuvieron inconveniente en exponer lo hallado con absoluta sinceridad. Con ello hicieron un gran servicio á la causa de la verdad, y de pasada, no podemos menos de dedicarles nuestro más sincero y entusiasta homenaje. Lástima que su conducta no sea imitada en todo caso.

El hecho este es tan evidente y salta tanto á la vista, que ya ni los últimos partidarios del método que son los más entusiastas lo niegan. Y dicen que en tal caso, la terapéutica intrarraquídea *no tiene eficacia* contra las localizaciones profundas del espiroquete, debemos esperar más de la terapéutica endovenosa simultánea. Pero ¿no habíamos quedado en que la localización del espiroquete es una de las características de la metalúes? Y, por otro lado, ¿acaso no partíamos ya de la base que en la metalúes el arsénico por vía endovenosa no llegaba al seno de la substancia nerviosa y por eso se había recurrido al otro procedimiento? Nos place aquella manera de ver las cosas de los partidarios del método intrarraquídeo porque ello lleva implícita la confesión de su inutilidad.

Otro punto teórico sobre el cual sacan deducciones es muy curioso, su paternidad se debe á Gennerich, pero en España se ha deformado y hay que discutirlo así. En la parálisis nerviosa hay dos fases, una primera meníngea, otra posterior ectodérmica. El tratamiento intrarraquídeo es eficaz en la primera, mientras que en la segunda el fracaso será la consecuencia. Y aquí otra confesión inadvertida de lo que ocurre.

Pueden escribirse muchas cosas, no sólo éstas, muchísimo mayores, pero sólo á título de hipótesis y no dándolas por ciertas hasta que estén demostradas. Pero en modo alguno puede decirse en pleno siglo **xx** cosas de ese tipo y además que sirven de base á otras, sacando de las primeras todo género de conclusiones.

¡Qué lástima que las cosas no sean de esa manera tan sencilla, porque en tal caso la Medicina daría gusto! El que haya una primera fase meníngea en la parálisis y otra nerviosa, sólo puede decirse á título de hipótesis, partiendo de la suposición (en sí no ilógica) que lo primero afectado es el mesodermo por estar en relación con los vasos, y que para llegar el espirilo al tejido nervioso tiene forzosamente que seguir ese camino. De esto podría decirse mucho, pero no queremos extendernos. Pero ahora bien; ¿por qué hacen esa separación sutil puramente escolástica? ¿Es que las cosas pueden decirse sin más y darlas por ciertas sin demostrarlas? Que sepamos nosotros no hay casos en los que existen las lesiones mesodérmicas de la parálisis sin que en grado mayor ó menor esté afectado el tejido



noble. En ninguna de las preparaciones histológicas de cerebros paralíticos que hemos visto coloreadas por diversos métodos, hemos hallado semejante cosa, y vemos que con nuestra modestísima experiencia en este particular coincide la de todo el mundo. ¿Qué razones aluden para afirmar lo contrario? En la parálisis pasa algo que no se sabe y que es un punto oscuro de la patología de la misma, cuando empieza a padecer, y porque el tejido nervioso, cuando empiezan las lesiones meníngeas y en qué época las ectodérmicas, si las primeras preceden con mucha anticipación a las segundas o si transcurre en ello tan poco tiempo que puedan considerarse simultáneas. Pero a los partidarios del método raquídeo esto les parece una cuestión que sólo puede resolverse con arreglo a sus ideas preconcebidas y arreglan las cosas de la manera que más les agrada.

Aquí confunden lamentablemente las lesiones mesodérmicas de la parálisis con otras meníngeas que no está demostrado tenga que ver ni sean idénticas de las primeras.

Al tocar este extremo resalta en él un punto importantísimo: Por qué procedimiento saben que un paralítico está en la primera fase o mesodérmica y por virtud de qué diagnostican que en él comienza a afectarse el tejido ectodérmico. En nuestro sentir, el suponer tal cosa ha sido una de las mayores fantasías, que ha habido en todo tiempo en neuropatología. Nosotros desearíamos saber si tal diagnóstico es capaz de hacerlo alguno en el mundo. Daríamos cualquier cosa porque ante un paralítico se nos dijera: «Este enfermo tiene sólo afectado el mesodermo; este otro, el mesodermo y ectodermo.» Esto, como decimos, no hay neurólogo en el mundo que lo diagnostique, y a poco enterado que esté de estos asuntos, la sola pretensión de ello le causaría risa.

Y si en el mundo no hay quien haga tal diagnóstico, si no se ha cogido *ni un solo caso* de parálisis en el que pueda decirse que sólo el mesodermo sufre, ¿por virtud de qué razones afirman «que el tratamiento intrarraquídeo en la parálisis es sólo eficaz en la primera fase, en la mesodérmica»?

En otro orden de hechos, como fundamentos teóricos del método, se ha aducido la actividad de los sueros salvarsanizados *in vitro*. Esto puede ser verdad, ¿por qué no?; pero ello, ¿qué quiere decir? Absolutamente nada. El suero salvarsanizado es activo *in vitro*, é introducido intrarraquídeamente no pasa de las meninges. Y de su eficacia terapéutica, la Clínica ha dicho bastante.

Por más que nos esforzamos, no acertamos a comprender cómo fracasando en la práctica, para seguirlo defendiendo, se recurre a decir que experimentalmente el suero salvarsanizado ejerce una acción espirilicida. De esto la Medicina tiene pocos ejemplos. A nadie se le ocurre discurrir de la suerte. ¿Qué idea se formaría de un cirujano que, porque hay sustancias que *in vitro* atacan al bacilo de Koch, pretendiera que forzosamente inyectadas en una articulación curaría un tumor blanco? Y ¿qué se pensaría de él si fracasaba y seguía dando vueltas a que era un antiséptico verdad en las ex-

periencias? Ciertamente, el juicio para él no sería muy lisonjero.

Y alrededor de todo esto giran todos los razonamientos, que son tan lógicos como los que acabamos de exponer.

Hacen bien los entusiastas del método en decir ya que en la metalúes no se consigue nada, que debe diagnosticarse precozmente (sobre esto se están diciendo una porción de cosas inexactas, sobre las que pensamos escribir en breve) y aconsejar aquél en la lúes terciaria. A ver si así en un campo donde con otros métodos se obtienen éxitos, los consiguen.

En este año ha aparecido una publicación que ha servido para que los partidarios del método intrarraquídeo encuentren algún fundamento que aducir y puedan apoyarse en él. Nos referimos al libro de Gennerich, *Das Syphilis des Zentralnervensystems ihre Ursache und Behandlung* (Berlín-Springer 1921). En Alemania este libro no tiene importancia, pues las cosas se ponen pronto en claro y al momento veremos cómo han quedado; pero en España todos los escritos de esta índole tienen gran acogida y hacen un enorme daño, aunque en este caso concreto, según están las cosas, poco pueden ya hacer. Sin embargo, para dejar todo en su punto queremos aclararlo lo que nos sea posible, dado el poco espacio de que disponemos.

En el libro de Gennerich la idea fundamental es esta: En todo caso de sífilis (por lo que al sistema nervioso se refiere), debe hacerse desde muy precozmente una medicación intrarraquídea intensa, y a este pensamiento se subordina todo, interpretaciones, hechos y hasta una teoría patológica de la metalúes nerviosa.

La proposición que acabamos de exponer, así dicha, parece a primera vista de una dureza extraordinaria y por eso vamos a explicarla para que se vea cómo todo es comprensible.

Nada más lejos de nuestro ánimo que suponer que el libro se ha escrito deliberadamente de la forma dicha, aunque de hecho las cosas han ocurrido así. Ni tampoco nos hemos imaginado un solo momento que el fin conscientemente propuesto era imitar al cirujano de Bernard Shaw (*The doctor's dilemma*), que se decidió por la amputación ante una lesión de un miembro, discurriendo de la siguiente manera: «¿No haré yo mejor uso de una bolsa llena de guineas, que este hombre de su pierna?» No; discutimos esta cuestión desde un punto de vista científico, y si han ocurrido casos de la suerte (que indudablemente los habrá habido, como en otras cosas), no es nuestro propósito ni enumerarlos ni entrar en detalles sobre ellos.

Lo que ha ocurrido es algo profundamente humano. Todos nos equivocamos, pero cuando el error ha tomado carta de naturaleza y va unido a nuestro nombre, la rectificación es algo que está muy por encima de las fuerzas del común de los mortales. Errores se cometen en todas las ramas de la Medicina, pero cuando aquellos se refieren al tratamiento de las enfermedades



adoptan un cariz especial. ¡Es tan agradecido el terreno del tratamiento! Y en él todo el mundo está dispuesto á poco equívocos que sean los hechos, á interpretarlos en un sentido francamente optimista. Pero hay casos como éste, en los que ya esto se exagera demasiado.

Las ideas de Gennerich no son por lo demás de este año. En 1917, en un Congreso que celebró en Hamburgo la Sociedad de neurólogos y psiquiatras de Alemania del Norte y con un título parecido al de su libro, las expuso. Entonces las conocimos nosotros. Este año algo ampliadas, pero en lo fundamental sin variaciones, las ha dado á conocer al público médico en el citado escrito.

La impresión que las citadas ideas hacían entonces, eran las de tantas otras un poco atrevidas, pero que siempre tenían un cierto valor, aunque sólo á título de hipótesis en espera de que los hechos las sancionasen como verdaderas. Han transcurrido cuatro años y seguimos igual, nada se ha hecho por demostrar que son ciertas, pero se lanzan como algo fundamental y de las que quiere sacarse todo género de derivaciones para la práctica.

En general, esta ha sido la actitud de los neurólogos ante las ideas de Gennerich. Un silencio respetuoso mientras parecían algo, pero en el terreno de las hipótesis. Y una crítica absoluta tan pronto cuando ya se ha querido hacer lo que se ha hecho. Claro es, que esta crítica ha sido la de los menos, pues la indiferencia ha sido el sentimiento dominante.

Un ejemplo. La Sociedad Dermatológica Alemana se reunió en Hamburgo la pasada primavera para celebrar su Congreso anual. El primer punto á discutir fué una comunicación de Nonne sobre sífilis y líquido cefalorraquídeo. Ni que decir tiene el interés que esto despertó, pues al fin y al cabo se trata de una persona que se ha pasado más de treinta años estudiando las complicaciones sífilíticas del sistema nervioso y que está reputado como la primera autoridad mundial en esa materia. Lo que Nonne dijo fué un desencanto para todos y echó un jarro de agua fría á los entusiastas. Sobre el buen sentido clínico y la manera de ver las cosas de Nonne que nos ha explicado muchos extremos, no hemos de insistir ahora. Sólo consignaremos que Nonne se puso frente al tratamiento de la lúes nerviosa por vía intrarraquídea y que el segundo comunicante, Von Kyrle (de Viena), hizo lo propio. Frente á ellos se quedó solo Gennerich defendiendo la terapéutica intrarraquídea.

Las críticas en casos como este no suelen ser aisladas. En el último número llegado á Madrid del *Journal für Psychologie und Neurologie*, órgano del Instituto Neurobiológico de la Universidad de Berlín, una autoridad tan grande como Max Bielschowsky se ocupa del libro de Gennerich y lo critica.

Hemos leído muchas críticas de libros y de asuntos en las que cuando más se atacan algunos puntos, los más fundamentales si se quiere. Pero un caso como el de Bielschowsky donde con datos á la vista conocidos de todo el mundo se muestra su disconformidad

con todo lo que se dice en un libro, no conocíamos ninguno.

Las ideas hidromecánicas (así las llama Bielschowsky) de Gennerich hacen jugar un papel principal al líquido cefalorraquídeo en la génesis de la metalúes nerviosa. Las lesiones luéticas de la piamadre destruyen la resistencia del tejido nervioso que se deja atravesar por el líquido cefalorraquídeo y favorece la penetración del espirolo en el tejido nervioso. Esta hipótesis no está demostrada de modo alguno y todos los datos histológicos conocidos si hablan en algún sentido es precisamente en pro de lo contrario. Las lesiones de la piamadre como es sabido ya desde hace muchos años y parece que ha quedado establecido definitivamente después de los estudios de Alzheimer (1904) en gran parte constan de un aumento del tejido conjuntivo de la pia, lo cual no parece lo más propicio á favorecer la penetración en el ectodermo nervioso del líquido cefalorraquídeo. La hipótesis de Gennerich en ese punto puede enunciarse, pero es preciso demostrarla.

Todo lo demás es debido al líquido cefalorraquídeo y todos los fenómenos patológicos encontrados en los vasos pequeños, en la glía y hasta en las neuronas se explica por lo mismo. Y ni que decir tiene que es lo mismo lo que favorece la penetración de los espirolos en el tejido nervioso.

Parece, desde luego, que esto dicho sobre la parálisis es un poco atrevido; pero en lo referente á patogenia de la tabes da aún mucho más la impresión. Las lesiones meningíticas favorecen la penetración del líquido en las raíces posteriores, y por ellas en los cordones posteriores. Todo esto queda sin demostrar y, no obstante, se da como cierto. Pero ¿qué necesidad hay de ello para explicar el mecanismo de la degeneración en los cordones posteriores de una manera tan complicada? Como muy bien dice Bielschowsky, ello puede obtenerse de varios modos, entre otros, experimentalmente seccionando la raíz correspondiente.

Es aún más curioso cuando dice que, por las pulsaciones del cerebro, el líquido, con los espiroquetes, es lanzado hacia la periferia del saco lumbar, hacia las raíces posteriores, el cerebro anterior y la vaina del nervio óptico, sitios característicos de la metalúes. No lo demuestra tampoco, y parece como si el argumento lo hiciera en forma inversa; son esos los sitios característicos de la metalúes, luego ya que el líquido desempeña el papel preponderante que le adjudicamos, debe ó tiene que ir allí de preferencia.

La discusión de tal proposición casi es innecesaria, pues ella está en completa oposición á lo que la experiencia nos muestra. ¿Cómo es posible compaginarla con cosas ya conocidísimas? No creemos que Gennerich, por lo que á lo de la periferia del saco lumbar se refiere, haga jugar un papel preponderante á la posición erecta del hombre, pues ahí están las experiencias de espirolisis realizadas por Spielmeyer en perros, en los que obtuvo degeneraciones de los cordones posteriores parecidos á los de la tabes humana. Además, la Clínica habla en contra de la hipótesis de Gennerich, pues, según esta, las tabes incipientes y monosintomáticas



forzosamente debieran estar localizadas en el cono, lo que no ocurre en la inmensa mayoría de los casos, y comienzan ó se localizan en la medula lumbar, en las extremidades superiores ó en la cabeza (Kopftabs de los alemanes), y no precisamente en este caso en la región de la región del óptico, que es otro de los sitios en el que de preferencia se detienen los espirilos.

Y todo esto es para fundamentar la terapéutica. En todo caso será endolumbar, porque sólo así puede evitarse que ocurra lo expuesto, y hay que atacar á las meningorecidivas tardías que son muy rebeldes.

Como esto ya toca la parte clínica, cuando nos ocupemos de ésta hablaremos de ello con todo el detenimiento que se merece.

Y probablemente pronto volveremos sobre estos fundamentos teóricos, que son interesantísimos y deben ser conocidos por los médicos. El poco espacio de que disponemos no nos ha permitido explicarlos con todo detenimiento.

## LA DIABETES SACARINA

POR EL

DR. F. HUERTAS BARRERO

De verdadera importancia las conferencias dadas sobre la Diabetes sacarina por el Dr. Huertas, impresas por la Casa Editorial Calleja, reproducimos algunos capítulos de este libro.

«El tratamiento profiláctico tiene mucha razón de ser para los artríticos obesos, entre los cuales recluta la diabetes su mayor número. En estos sujetos es preciso restringir progresivamente la data de la ración normal, disminuyendo, sobre todo, los hidratos de carbono, principalmente los dulces, las grasas y el alcohol; la leche puede tomarse constituyendo la dieta por tres ó cuatro días, pero no como adición á la ración normal, ya que el hábito de comer copiosamente crea necesidades ficticias. Los ejercicios físicos son muy convenientes: paseos prolongados, gimnasia sueca y la hidroterapia para mantener en sobreexcitación las funciones de la piel, al propio tiempo que la respiración al aire libre en la montaña, es más amplio y hace más fácil el intercambio molecular.

El diabético sin complicaciones, y al principio de serlo, no presenta más indicación fundamental que la de disminuir la hiperglicemia, y esto se puede hacer de dos maneras: actuando, si es posible, etiológicamente, ó combatiéndola de una manera directa con la dietética apropiada al enfermo, al par que la medicación farmacológica. En muchas ocasiones me han consultado enfermos que á simple vista eran braditróficos por herencia. Al interrogarles, siempre y sin excepción, decían que comían mucho habitualmente, que bebían al día un litro ó más de vino y alguna copita de licor por añadidura; el género de vida era sedentario. El análisis de orina siempre daba buena cifra de azúcar y de urea; pues bien, en estos casos, con la supresión de los amiláceos y del alcohol, restringiendo también la cantidad de alimentos en la proporción directa de las calorías con la talla y el peso del paciente, bastaba para hacer que desapareciera la melituria.

Para estos casos, principalmente, y como base para el régimen fundamental en los diabéticos, se recomienda preferentemente el régimen del profesor A. Gautier, expuesto y razonado en la obra de Lepine, y en el que sintetiza con la

mayor sencillez la verdadera proporción que hay. En resumen: ante la dificultad de determinar de una manera exacta la cifra de calorías necesarias á las necesidades de un diabético, se debe proceder teniendo en cuenta las nociones de su peso normal, del peso del momento y las cantidades de azúcar y de urea eliminadas en las veinticuatro horas; y entonces, si el peso es mayor que el normal, el régimen tenderá entre las calorías y la combustión orgánica de la albúmina, de la grasa y de los hidratos de carbono. Pero conste que se recomienda este régimen, entre otros, como patrón genérico y no para aplicarlo por sistema, porque éste se presta siempre á errores, y en clínica, estos errores, la mayor parte de las veces, son lamentables y de difícil rectificación. Es, por tanto, necesario disminuir el coeficiente hidrocarbonado, mediante lo cual se logra siempre una inmediata mejoría. En cambio, cuando se da el caso contrario, es decir, cuando el peso es inferior, el asunto tiene más dificultades, porque al mismo tiempo que es necesario activar la nutrición y crear reservas, nos está vedado, en cierto modo, aumentar las calorías con las sustancias hidrocarbonadas, porque aumentaría también la cifra de azúcar; y en este caso, verdadera dificultad terapéutica, se tendrá muy en cuenta la correlación de la glucosa con la de urea para estar prevenidos y evitar en lo posible la acetonemia; pero por lo demás, siempre que no sea inminente esta complicación, se hace casi necesaria la restricción de los hidratos de carbono; ya que, como dice Nanyn, no solamente tiene la ventaja de rebajar la cifra de azúcar, sino que asegura ulteriormente, en la mayoría de los casos, tolerancia y adaptación para el intercambio de esta sustancia, mediante el cual puede encauzarse la energía de la función glucolítica.

El pan, los feculentos, y el pan sobre todo, son los alimentos que aportan más cantidad de hidrocarbonado: 100 gramos de pan suponen 53 ó 55 gramos, que luego serán transformados en glucosa en considerable cantidad á pesar de las metamorfosis naturales ocurridas en el tramo intestinal; por tanto, la restricción está justificada, y cuando las circunstancias nos autoricen para permitir tal alimento, aconsejaremos que el diabético coma la miga con preferencia, pues además de prestarse más á la masticación, encierra menos hidratos de carbono, según Raussingault.

Este autor ha hecho un cuadro en el que se ve la composición centesimal de algunos alimentos amiláceos, y, en mi juicio, merece que le conozcáis, y que es así:

	Materias almidónicas...	Materias grasas	Almidón y den- trina.....	Agua.....	Relación del al- midón á la al- búmina.....
Arroz.....	7,3	0,5	76	14,6	10
Patatas.....	2,8	0,2	23,2	73	8,3
Sagú.....	9,1	0,6	74,7	13	8,2
Fideos.....	9,5	0,3	76,4	12,5	8
Pan de París.....	7	0,2	55,3	36,5	7,9
Brioche.....	10,9	10,9	41,3	17,9	3,7
Celinde.....	15,8	15,8	54,1	13,6	3,4
Preparación de gluten.	21,3	1	64,7	12,2	3
Guisantes secos.....	23,8	1,6	55,7	13,5	2,3
Lentejas.....	25	2,5	55,7	12,5	2,2
Judías blancas.....	26,9	3	48,8	15	1,8

Lepine: pág. 553.

En esta tabla podéis ver fácilmente qué clase de sustancias pueden substituir al pan hasta con ventaja, dada la cantidad de grasa y de albúmina que contienen.



En nuestros enfermos, salvando aquellos casos en los que hasta perentoriamente necesitamos apelar á los hidratos de carbono, ya veis que restringimos el pan y los demás feculentos, permitiendo, además de la ración de carne asada, pan de gluten, patatas asadas y algunas legumbres secas.

Las legumbres verdes constituyen un buen alimento, pues aunque pobres en ázoe, también lo son en hidratos de carbono, y tienen la ventaja de ser pépticas y agradables al paladar.

La fruta, de cualquier clase que sea, como opinan algunos, no sólo debe ser restringida, sino prohibida en absoluto, pues aunque es verdad que al lado de los higos secos, los dátiles, las ciruelas y las uvas, que contienen por término medio entre 40 y 60 por 100 de azúcar, está la granada y la manzana que sólo tienen entre 7 y 9, al fin y al cabo son el tipo de hidratos de carbono, y desde luego aumentan la glucosuria.

La leche, como dieta exclusiva, no la prescribo nunca, á no ser que surja alguna indicación por enfermedad intercurrente, y entonces lo hago á título de alimento completo; teniendo en cuenta la cantidad de lactosa que contiene, resultaría contraproducente la dieta láctea, y únicamente la aconsejo en la cantidad de medio á un litro para llevar al contingente nutritivo algún moderador de las excesivas pérdidas de glucosa, sin que por esto demos la razón en absoluto á la teoría de Piorry, que aconseja restituir al organismo la cantidad de azúcar que pierde por la poliuria. Si al enfermo repugna la leche ó tiene intolerancia, se le adiciona como eupéptico eficaz el lab, fermento de Nialhe. En este mismo sentido, y para atender al coeficiente de calorías necesarias y en sustitución de los hidratos de carbono, hay que aconsejar los alimentos ricos en materias proteicas, los albuminoides y las grasas, asunto éste muy delicado y que no está sujeto á reglas; las circunstancias del momento y análisis escrupulosos de la orina y de la sangre servirán de guía para tener siempre enfrenada la temible complicación de la acetonemia.

Las bebidas alcohólicas azucaradas, como el champagne, el vermouth, la cerveza, rica además en hidratos de carbono, y otras sustancias nocivas, la sidra, ciertos vinos blancos, etc., etc., son perjudiciales en alto grado; pero á pesar de esto, se puede permitir que el diabético, salvando las contraindicaciones que pueden presentarse por parte del aparato digestivo, tome cantidades moderadas de vino puro y rancio, pues se ha observado que en esta forma no aumenta la cantidad de azúcar y favorece el proceso digestivo. Esta práctica que siempre he seguido con cierto exclusivismo, he tenido el gusto de verla ratificada, entre otros, por la indiscutible autoridad del verdadero sabio v. Noordem.

De los condimentos y sustancias que los enfermos toman, generalmente por cuenta propia la sacarina, para enmascarar ó dar sabor dulce á las bebidas ó infusiones de café, té, etc., etc., puedo asegurar que no estoy satisfecho, y que, desde luego, las proscribo. En suma, y como ya dije atrás, en el diabético sin complicaciones, el régimen tiene singular importancia, pues en muchos casos he logrado una curación completa y en muchos un estado de salud relativa compatible con el desempeño de altos cargos y el ejercicio de delicadas y difíciles profesiones. Pero para lograr esto ha sido preciso tropezar con sujetos disciplinados y que, como dice Lepine, colaboren íntimamente á la acción constante del médico, cosa rara, porque lo más corriente es que, por ignorancia y hasta por mala fe, los diabéticos hagan alarde de su indisciplina, engañándonos puerilmente en la inobservancia del régimen, y, precisamente, esto es lo que motiva, en mi juicio, que no sean más numerosos los casos de curación,

porque sin un buen régimen alimenticio la medicación farmacológica no puede tener eficacia.

En esta medicación tradicionalmente empírica, á pesar de que, con apariencias de otra cosa, se dice que ciertos medicamentos obran disminuyendo la glucogenia, mientras que otros, aunque pocos, tienen la propiedad de excitarla, figuran, principalmente, el arsénico, el manganeso, las sales de sosa y magnesia, los bromuros, la antipirina, la quinina, el opio, la belladona, la levadura de cerveza y ya con más fundamento causal la opoterapia hepática y pancreática (1).

La antipirina, remedio eficaz y usado desde hace mucho tiempo, fué preconizada por Blusard, Dujardin Beaumé, Brouardel y Loye, explicando su acción por el experimento *in vitro* practicado por el último, y mediante el cual se demostraba que la antipirina en presencia de la sangre desfibrinada retardaba la destrucción del azúcar, y aunque esta afirmación fué impugnada, y demostrado además que otras sustancias tienen la misma propiedad, es lo cierto é innegable su condición antiglucogénica, como cierta es también su influencia directa sobre la célula hepática. Pero al mismo tiempo que habéis observado los buenos resultados haciendo visible la disminución de azúcar en nuestras enfermas, visiblemente también los trastornos gastrointestinales y la repugnancia que producía, por cuyo motivo la sustituíamos con la aspirina, el salicilato de sosa y la quinina ó extracto de quina, según las circunstancias y la tolerancia de las diabéticas, ya que todas estas drogas tienen la misma influencia sobre la glucolisis.

El opio en forma de tríaca se daba antiguamente, y como extracto tebaico hoy lo empleo, sobre todo en enfermos que tienen una poliuria tan extraordinaria que les impide el sueño, y, generalmente, produce beneficiosos efectos, pues no sólo disminuye el número de micciones, sino que hace bajar también la cantidad de azúcar y de urea, efectos éstos que se notaban más cuando por razones psicológicas recetaba el bromuro de sodio en poción y asociado al extracto de opio.

El arsénico también está considerado como azomilético, y yo puedo decir que en mi práctica es el medicamento que más empleo y del que estoy más satisfecho por sus buenos resultados como modificador de la nutrición, haciendo que ésta se encauce de tal manera, que en aquellos enfermos artríticos y sin lesión pancreática ni hepática que siguen el plan con perseverancia se ven libres de la glucosuria para no aparecer más.

Considero la medicación alcalina tan importante en la terapéutica de la diabetes, que me voy á permitir hablar de ella con la relativa extensión que su interés reclama, porque, además, este asunto está ligado íntimamente con la medicación hidromineral de la que tantos beneficios obtienen todos los señalados con taras en el metabolismo nutritivo, y los diabéticos en particular.

Sabido es que los alcalinos obran como agentes de oxidación transformándose en peróxidos y haciendo, por tanto, que se activen y aumenten los productos de combustión urática, moderando la nutrición en todas sus fases, comprendiendo en estas fases el acto de la desasimilación, y siendo en este sentido verdaderos medicamentos termopoyéticos, como dicen Fonsagria y Richet, que aseguran que las oxidases de la fibrina de la sangre están dotadas de un poder glucolítico bastante marcado.

Esta acción peculiar de los alcalinos se traduce y se ve

(1) Después de esta conferencia se prescribe como singularmente eficaz la infusión de hojas de una especie del eucaliptus que se cultiva en Méjico.



coadyuvada por multitud de razones con el tratamiento hidromineral. Para el objeto de este estudio mencionaré las fuentes principales, y aunque en ellas el rigorismo del análisis físicoquímico acusa notables diferencias en su termalidad y variantes proporciones entre los principios que informan la característica para su clasificación, yo me atengo al criterio clínico. Mondariz, Vichy catalán, Villaharta, Marmolejo, Onteniente, etc., son manantiales que disfrutau de justísima fama para el tratamiento de la diabetes.

Ya en otra ocasión, en conferencias sobre corazón y vasos, al ocuparme del tratamiento hidromineral, desde el punto de vista del artrismo, decía, y digo ahora, que estas aguas son hipotónicas y diluyen mejor el vehículo transportador de los productos catabólicos, y según Carracido (al hablar de las aguas de Carlsbad), coloca á éstos en mejores condiciones para su oxidación, favoreciendo física y químicamente la estabilidad de su disolución; la acción catalizadora, por la cual aumenta la descomposición de los peróxidos, y la alcalinidad, son causas que conjuntas colaboran poderosamente en los procesos oxidantes. Los álcalis, determinando fenómenos hidrolíticos, originan nuevos cuerpos más oxidables que sus generadores, siéndolo todavía en mayor grado en el momento de la hidrólisis, y, además, evitando la acidez, alejan esta causa paralizadora de las oxidasas.

Además de estas razones que aporta la Química biológica hay que tener en cuenta los efectos organolépticos de las aguas alcalinas al tratarse de la función hepática, tanto en el aspecto de la secreción biliar como en el de la formación del glucógeno. En cuanto á la bilis, es evidente que la aumenta y la hace más fluida, con lo cual se evita que la coles-terina se precipite y dé lugar á la formación de cálculos. Por otra parte, esta misma acción alcalina de las aguas influye en la formación de los ácidos grasos y biliares que habrán de contribuir de mejor manera para evitar la perturbación glucogénica que engendra la diabetes sacarina. Y siendo el hígado la víscera de funciones más importantes dentro del ciclo de la nutrición, la encargada de modificar el estado coloidal de las sustancias albuminoideas, funciones que, como dice con mucha razón mi estimado amigo y compañero Sr. Fernández, ilustrado médico director del Vichy catalán (1), empieza en el estómago y se acumula en el hígado, se justifican los sorprendentes efectos de las aguas minerales, efectos muchas veces curativos, ya sea por su termalidad, por su condición alcalina, debida al bicarbonato de sosa y otras sales de la radioactividad, y quizá también por la influencia glucolítica.

La opoterapia, de la que soy sincero partidario en el caso particular de la diabetes, son pocos los buenos resultados que ha obtenido, tanto de la pancreática como de la hepática, cosa que se explica en cierto modo porque por excepción se tratan casos en los que la diabetes está subordinada á la insuficiencia pura de la función glucogénica, pancreática ó de desorden nervioso, tiroideo ó adrenalínico, sino que casi siempre el desarreglo es debido primitiva ó secundariamente á lesiones de textura, sobre todo en el páncreas, bajo la forma de pancreatitis crónica ó procesos neoplásicos.

Siendo el diabético un predispuesto á enfermedades intercurrentes, y muy singularmente á las pleuresías y bronconeumonías, dicho se está que debe buscar en invierno los climas templados en que pueda hacer algún ejercicio muscular al aire libre; en fin, un género de vida que no está al alcance de todos, con lo cual se ratifica la paradoja de Claudio Bernard al decir que es preciso ser rico, *bien portant*, para ser diabético.

(1) Fernández: Memoria premiada por el Real Consejo de Sanidad.

La electricidad es desde luego el principal agente físico que se emplea en el tratamiento de la diabetes, ya sea por corrientes continuas, por la electricidad estática y también por las de alta frecuencia.

Entre las complicaciones más frecuentes del sistema nervioso están el coma diabético y alguna vez síndromes cerebroespinales. La acetonemia es, por tanto, el caballo de batalla en estos enfermos, y para evitarla en lo posible es por lo que necesitamos una observación constante del metabolismo nutritivo; es algo así como una profilaxis dentro de la predisposición para tan peligroso accidente. Seguiremos, pues, con mucho cuidado, no sólo las oscilaciones del peso, sino el coeficiente de urea para darnos cuenta de cuando empieza la verdadera autofagia y de cómo se comportan los albuminoideos como principios catabólicos ante la *débacle*, permitidme la palabra, que las combustiones exageradas habrán realizado en lo íntimo de los tejidos y hasta del elemento protoplasmático.

En vista de estos factores y procediendo siempre, por tanto, aumentar la data de hidratos de carbono y dar el bicarbonato de sosa á altas dosis, porque aunque estos medios son susceptibles de alguna rectificación, ésta será de carácter secundario y sólo modificará la indicación en el sentido de las sustancias grasas en forma de mantecas variadas y quizás en ocasiones sustancias albuminoideas en forma de queso fresco, alimento muy eficaz y apropiado por la caseína que contiene. Estoy hablando de diabéticos de clientela, no de enfermas de nuestra sala, porque como veis por el enunciado de este régimen, justificado está que la enfermedad sea considerada como enfermedad de ricos; sin embargo, cuando se presentan casos así, siempre tenemos los recursos necesarios, merced á la Reverenda Superiora Sor Ventura, quien con su reconocida bondad pone á nuestro alcance los medios que no están comprendidos en la dieta del hospital.

Pero cuando, á pesar de todo, la acidosis persiste y se presenta el coma acetónico, es preciso obrar con diligencia; yo sistemáticamente hago practicar una inyección endovenosa de una disolución isotónica de bicarbonato de sosa en más ó menos cantidad: la primera es de 250 gramos y luego, y según las circunstancias, se aumenta la cantidad de vehículo y la proporción de bicarbonato.

Como ya dije, este último episodio de la diabetes se presenta con inusitada frecuencia en la clínica en todas las formas y hasta en diferentes estados, pues no es raro en el de gestación desde los primeros meses hasta el momento del parto.

No estoy descontento, ni mucho menos, de mi estadística en el tratamiento del coma diabético; hablo del accidente en sí, sobre todo desde hace quince años que empleo las inyecciones endovenosas; pues en ocasiones esta terapéutica ha sido eficaz y ha permitido que los enfermos sobrevivan un tiempo relativamente largo. No hace muchos meses que vimos una mujer en pleno ataque comatoso que coincidió con contracciones visibles de la matriz, contracciones tan enérgicas, que á las dos horas daba á luz una robusta niña viva, sin tara alguna y á muy poco expulsó las secundinas sin hemorragia importante, y dicho se está, sin dolor alguno. A las seis horas de haberle inyectado 500 gramos de la disolución de bicarbonato al 4 por 100, la enferma abrió los ojos, sus pupilas estaban contraídas, la temperatura era de 36°,7, y únicamente el pulso se hizo más frecuente, notándose por la auscultación un ruido de galope que indica, desde luego, el agobio funcional del corazón por el cambio ocurrido en su hidrostática por la cantidad relativamente grande de líquido inyectable. (Este fenómeno siempre lo he observado).

Al siguiente día estaba la enferma casi despejada; estuvo luego sometida á un régimen severo y recibió el alta. Y no



hablo de otros casos de coma, porque, en síntesis, el cuadro sindrómico varía poco, y la terapéutica siempre se funda en administrar mucho bicarbonato de sosa, á ser posible en inyección intravenosa, y si no, como se pueda.

Dentro de las complicaciones nerviosas, aparte del coma, he tenido ocasión de ver una singularmente rara. Una señora de la alta sociedad, ya no joven, diabética desde mucho tiempo, se hizo acetonémica, y creyendo que mis consejos para prevenir ulteriores males eran quizás exagerados, llamaron á otro médico, de rara ilustración por cierto, quien dejándose llevar de un optimismo tan injustificado como imprudente, consideró que el estado de la enferma no requería la severidad en el régimen que yo había impuesto, y hasta aseguró luego que los análisis de orina hechos por él no acusaban, ya no acidosis, sino que la cantidad de azúcar era insignificante, y, por tanto, prescribió á la enferma un régimen muy distinto del que reclamaba su asistencia.

A poco tiempo esta señora marchó al Escorial á pasar los meses del estío, y hacia la segunda quincena del mes de Septiembre, y después de algunos días que venía sintiendo mareos, algún temblor y alteraciones visuales, estando tomando un baño notó dificultad para hablar y perdió en absoluto toda clase de movimiento; con gran dificultad pudieron llevarla á la cama. Bajo la dirección de mi querido amigo y compañero Dr. Hernández Briz, que á la sazón se encontraba en dicho real sitio, mejoró bastante, y cuando ya su estado lo permitió, la trajeron á Madrid, y otra vez me rogaron que fuera el médico de cabecera, encargo que acepté después de una consulta con los Dres. Marañón y Hergueta, y para abreviar, diré que en esta consulta se ratificó el juicio diagnóstico que antes hice, *acetonemia y polineuritis consecutiva*. El análisis de orina daba 40 de azúcar, 3 de urea; indicios de acetona y gran acidez.

El régimen dietético fué severo, y la medicación la alcalina combinada con el arseniato de sosa. Mejorada ya de su estado acetonémico, creí indicada la electroterapia para corregir, no sólo las paresias generalizadas, sino evitar en lo posible la atrofia que se iniciaba en ciertos grupos musculares del antebrazo y de la mano. Fué de mi opinión el ilustrado especialista Dr. Navarro Cánovas, y merced á su inteligente dirección, á los cuatro meses de tratamiento, esta señora recuperó los movimientos, habían desaparecido los dolores fulgurantes y en la actualidad sólo le queda sensación de hormigueo y alguna torpeza en los movimientos de los dedos de la mano.

Con la referencia de este interesante caso, termino lo más importante que he registrado en mis notas clínicas, relacionadas con las complicaciones y terapéutica de la diabetes sacarina; y también doy por terminadas estas conversaciones á la cabecera de los enfermos, permitiéndome rogaros que siempre tengáis presente que si bien es verdad el apotegma de que no hay enfermedades sino enfermos, para el presente estudio bueno es repetir que antes que la cuestión doctrinal está el diabético.

### CONFERENCIAS DADAS EN EL REAL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DE MARIA CRISTINA

POR EL PROFESOR

DR. ALFREDO WOLFF-EISNER

POR

ANTONIO FERNÁNDEZ MARTÍN

TERCERA CONFERENCIA

Empieza á tratar del asunto de las tuberculinas que ha de exponer con bastante extensión. La primera cuestión que

quiere plantear es la siguiente: ¿Cuál es el objeto de la reacción á la tuberculina? El objeto con que se practica esta reacción es el de poner de manifiesto si una persona está clínicamente tuberculosa o no lo está. El valor que se puede conceder á las diferentes reacciones tuberculínicas que se emplean para este fin es muy variable. Desde que se descubrió la reacción á la tuberculina, han sido muchos los que creyeron, con Roberto Koch á la cabeza, que todo individuo que daba reacción positiva á la tuberculina empleada en cualquiera de las formas de verificar la reacción, era un tuberculoso activo que necesitaba tratamiento, á ser posible en un sanatorio. No falta hoy quien sigue pensando así, á pesar de que Wolff-Eisner y otros se han esforzado en combatir estas ideas, afirmando que dan reacción positiva á la tuberculina en general todos los tuberculizados, sin que esto quiera decir que todos ellos sean enfermos activos y, por tanto, que necesiten tratamiento. Considera la tuberculosis como un mosaico y afirma que la reacción á la tuberculina no es más que una piedra del mismo; el que la emplee no debe creer que con ella va á resolver el diagnóstico sin tenerse que ocupar de más; el resultado de la reacción, tanto el + como el — pueden tener varias causas y necesitan interpretación. Este resultado puede ser negativo en los casos en que no ha habido infección ó en aquéllos sumamente avanzados en los que el organismo ya no reacciona y el pronóstico es muy malo, aunque para que esto ocurra no sea preciso que los enfermos se encuentren en estado caquéctico. Las dudas que acerca de esto se puedan tener las resolverá, naturalmente, la exploración clínica. Teniendo en cuenta que se conocen varios métodos de practicar la reacción á la tuberculina: el Pirquet, la inyección subcutánea (Koch), la oftalmorreacción, la intradermorreacción, la reacción percutánea por fricción de la dilución de tuberculina sobre la piel, es evidente, que si los resultados de la reacción fuesen definitivos para juzgar del estado de la enfermedad del sujeto explorado, tendrían que ser todos iguales. Todos saben que en realidad no es así. La reacción de Pirquet da resultado positivo con mucha mayor frecuencia que la inyección subcutánea *practicada una sola vez*. Este último detalle tiene una importancia capital. Es hoy día bastante corriente que si después de practicada una inyección subcutánea el resultado es negativo, se practique una segunda y aun una tercera inyección. Cierto que si el individuo que se explora no tuvo nunca contacto con el bacilo de Koch, los resultados siempre seguirán siendo negativos, pero como esto es bastante raro, y lo que se trata de averiguar es si se trata de una tuberculosis en actividad ó no, la primera inyección en un individuo que padeció una lesión fímica, pero que actualmente se puede considerar como clínicamente sano, sensibiliza al organismo y es muy posible que la segunda dé ya resultado positivo, habiéndose observado que si la segunda resulta negativa también, por lo menos la tercera resulta positiva con tanta frecuencia como la reacción de Pirquet, por lo que no se la puede conceder sino el mismo valor que á ésta.

En cambio, el profesor Wolff-Eisner se muestra sumamente partidario de la oftalmorreacción que él ha sido el primero en aconsejar. No niega que con esta reacción, lo mismo que con la inyección subcutánea, se sensibilice el organismo de manera que la segunda ó la tercera reacción sean positivas con tanta frecuencia como la del Pirquet, pero cuando se practica una sola vez son menos frecuentes los resultados positivos, y afirma el conferenciante que la experiencia le ha enseñado que los casos de resultado positivo á la oftalmorreacción son únicamente aquellos en que el enfermo padece una tuberculosis activa. La ventaja princi-



pal de la oftalmorreacción es coincidir con la clínica y á veces anticiparse á ella. En efecto, el conferenciante ha ensayado su reacción en todos los enfermos que acudían al hospital de Friedrichsheim de Berlín, donde tiene su clínica, y ha observado que todos los tuberculosos en actividad daban la reacción positiva, pero de los enfermos que acudían al hospital por lesiones distintas de la tuberculosis y en quienes la exploración clínica no ponía de manifiesto ningún foco tuberculoso, algunos daban también reacción positiva, resultando que estos enfermos á plazo breve empezaron á tener manifestaciones clínicamente ostensibles de tuberculosis activa.

Los enemigos de la oftalmorreacción afirman que su empleo es peligroso y nocivo para el ojo, pero observaciones concienzudas demuestran que no es cierta esta afirmación. La reacción local es insignificante y desaparece sin dejar huella como piensa demostrar prácticamente; sólo pueden ser peligrosas las reacciones de foco, es decir, las reacciones en sitios donde antes hubo un proceso que ha quedado latente. La reacción de Pirquet tiene la ventaja de que no provoca nunca estas reacciones de foco, en cambio con la oftalmorreacción ocurre otra cosa. Se sabe por experiencia, y más adelante hemos de ver por qué, que la reacción oftálmica no ocasiona reactivaciones de focos pulmonares, pero sí determina reacciones de foco si en el ojo donde se practica hubo en algún tiempo una lesión específica. Por esta razón, y para evitar daños y fracasos, antes de practicar una oftalmorreacción hay que informarse bien de si el sujeto explorado ha padecido alguna vez una lesión de los ojos. Se interrogará si, sobre todo, recuerda que en su infancia tuviera algún proceso de los que suelen denominarse escrofulosos que le afectara á los ojos, y para acabar de asegurarse se examinará la córnea con una lupa antes de instilar la dilución de tuberculina. Si se ve el menor indicio de haber existido alguna lesión, la reacción no se practica.

Así cuando hace cuestión de trece años, los franceses propusieron practicar la oftalmorreacción como tratamiento de las enfermedades tuberculosas del ojo, Wolff-Eisner, aun antes de haber hecho estudios experimentales acerca del asunto, manifestó sus temores de que esta práctica tenía que dar malos resultados en caso de ser cierta la teoría en que se sustentaban los hechos conocidos hasta entonces de la reacción de las tuberculinas. La práctica no tardó en darle la razón.

Refiere el conferenciante que le indujeron á ensayar la oftalmorreacción en la tuberculosis los resultados que obtuvo con la misma en la fiebre del heno, instilando polantina.

Las precauciones que conviene tomar para evitar accidentes en la oftalmorreacción son las siguientes:

1.<sup>a</sup> Asegurarse de que no ha habido enfermedad alguna de los ojos, no sólo de momento, sino anteriormente; para ello se recurre á la anamnesis y á la exploración de la córnea, como se ha dicho.

2.<sup>a</sup> Se deben emplear soluciones muy diluídas. Para apreciar la concentración de una tuberculina madre y de las diluciones que con ella se preparan, no es la mejor la prueba de la muerte del cobaya que es á la que se recurre para la valoración oficial. Si se emplea este procedimiento, probablemente se usarán soluciones demasiado concentradas y el resultado será la producción de lesiones más ó menos graves. Conviene elegir algunas de las tuberculinas que por el experimento de la muerte del cobaya se hayan mostrado útiles y practicar con ellas la inyección intradérmica, con lo que se notarán seguramente diferencias que antes no resaltaban, y sólo la que por la prueba de la inyección intradérmica haya resultado conveniente será la que se debe elegir para practicar la oftalmorreacción.

Tenemos un ejemplo claro de lo necesaria que es esta precaución en lo ocurrido á Calmette. Este autor emplea la tuberculina seca. Para obtenerla se echa alcohol á una tuberculina y se precipita la substancia activa. El precipitado desecado constituye la tuberculina seca con la que Calmette prepara las soluciones para las reacciones. Pues bien, al calcular la concentración que debía dar á la dilución, no tuvo bien en cuenta cuál era la concentración de la substancia activa en el precipitado seco, y en vez de preparar una dilución al 1 por 100 la preparó al 10 por 100. Como quiera que el cálculo primero fué el que utilizó en lo sucesivo para todas las diluciones, siempre repetía el error, y la consecuencia del empleo de estas soluciones excesivamente concentradas fué la aparición de reacciones violentísimas y accidentes graves. Esto duró, naturalmente, hasta que demostrado el error de cálculo, el mismo Calmette modificó su técnica.

El empleo de soluciones excesivamente concentradas da lugar á los mayores desastres, porque entonces la oftalmorreacción misma puede dar lugar á que se produzcan reactivaciones de focos pulmonares, los cuales pueden ser el punto de partida de una reinfección, notándose además la particularidad de que los médicos partidarios de las soluciones muy concentradas lo son también de las reacciones repetidas, con lo que se aumentan los inconvenientes.

3.<sup>a</sup> Antes de practicar la reacción á la tuberculina, especialmente si se va á hacer la inyección subcutánea aunque como diremos se hace muy pocas veces, es preciso asegurarse de si existe algún foco en el pulmón. En caso afirmativo, la inyección subcutánea no se debe practicar de ninguna forma y sólo estarán autorizadas las otras reacciones.

La oftalmorreacción no se ha empleado exclusivamente en la tuberculosis. Aparte de su empleo ya referido en la fiebre del heno, se recurre á ella con un resultado muy favorable en el muermo. El conferenciante refiere que durante la guerra, todos los caballos que se iban á adquirir de países extranjeros fueron sometidos por los alemanes á la oftalmorreacción con la maleína y así descubrieron muchos que estaban afectados del muermo y que se pretendía vender por sanos.

Otras dos condiciones necesarias para practicar la oftalmorreacción con la tuberculina son que las soluciones estén recientemente preparadas y que sean perfectamente estériles.

Con el fin de informarse bien acerca del estado del enfermo que se explora, no se debe hacer exclusivamente una reacción (la oftálmica ó el Pirquet), sino las dos simultáneamente para poder comparar sus resultados y los de la exploración clínica verificada al mismo tiempo que resuelve las dudas que las reacciones puedan dejar.

Sabemos que dan el Pirquet + todas las personas que han tenido contacto con el bacilo de Koch, ó sea, salvo escasas excepciones, todo el mundo; en cambio, dan la reacción negativa los que no tuvieron ningún contacto con el bacilo (cosa rara fuera de los primeros años de la vida) ó los que se encuentran ya en estado tal de depauperación orgánica que no producen anticuerpos. En este caso de duda, la exploración clínica es la que decide porque se trata de diferenciar dos casos extremos; pero si el resultado del Pirquet es positivo, la exploración clínica no siempre podrá demostrar terminantemente si se trata de un caso activo ó no. Entonces es cuando más se aprecian las ventajas de hacer las dos reacciones simultáneamente; el resultado se interpretará así: P +, oft. — = enfermo que padeció una lesión fímica, pero actualmente no está en evolución. P +, oft. + = enfermo con una tuberculosis activa. P — oft. + = enfermo con tuberculosis activa y de muy mal pronóstico, demostrado por



el resultado negativo del Pirquet. P — oft. — — tenemos de nuevo los dos casos extremos, porque el enfermo con estos caracteres ó bien nunca tuvo contacto con el bacilo de Koch, ó se encuentra en período terminal de la tuberculosis.

La reacción intradérmica tiene importancia por otro concepto. Los resultados de esta reacción son positivos en más casos aún que los de la reacción de Pirquet, porque para que los enfermos den con ella reacción + necesitan menos sensibilidad que para las otras reacciones. Pero la ventaja de la reacción intradérmica estriba en que es cuantitativa, ó sea en que varía según la concentración de la solución que se inyecte y según el estado de defensa del organismo, de modo que la reacción intracutánea permite valorar diferentes tuberculinas por comparación con una que se elige como tipo, inyectándolas todas al mismo individuo, y permite con la misma tuberculina apreciar el estado de las defensas del organismo durante el tratamiento.

La inyección subcutánea como medio de exploración no se debe emplear de modo corriente porque con ella se da lugar á la reavivación de los focos que existan. El profesor W. E. sólo aconseja la inyección subcutánea en un caso muy particular: cuando un enfermo ha padecido una artritis tuberculosa y le queda una anquilosis en posición viciosa, de la que se quiere hacer un enderezamiento forzado. Una vez que se ha asegurado uno en este caso de que no existe foco activo alguno en el pulmón que dé síntomas clínicos, se practica la inyección subcutánea. Y ocurrirá que si en la anquilosis quedaba un foco fímico en actividad, se reactivará y se hará manifiesto. Que con esto se expone al enfermo á un peligro, es cosa innegable, porque un foco tuberculoso reactivado puede ser el punto de partida de una reinfección; pero este peligro, cuando el foco reactivado se trata de modo conveniente, es mucho menor que el que correría el enfermo si se hubiese practicado el enderezamiento forzado.

Para terminar, advierte el conferenciante que cuando se ha practicado una cualquiera de las reacciones á la tuberculina y se instituye el tratamiento tuberculínico, el foco de la reacción exploradora se reactiva, lo que algunos han considerado como inconveniente, pero esto no ocurre nunca si se emplea el tratamiento sin reacción que es al que recurre siempre el profesor Wolff-Eisner.

Al terminar practica las reacciones de Pirquet y la oftálmica en dos enfermas, aquélla con Alttuberkulin y ésta con la misma, diluída al 1 por 100.

#### TESIS DOCTORAL (1)

### El paludismo en el ejército y su importancia social

FOR EL

DR. FRANCISCO BLÁZQUEZ BORES

(Capitán médico.)

La extensión de la difusión de los mosquitos en el sentido horizontal, ha sido señalada por Theobald en una milla y los estudios de Grassi y Ambrosi le asignan de 1 á 5 kilómetros como máximo. En Tetuán se pudo apreciar, que en las posiciones que radicaban en las alturas del Monte Dersa nunca se dió ningún caso de paludismo primario, y cuya altitud bien llegaría á los 300 metros, y tampoco se dió en los cuarteles de la Alcazaba, situados mucho más abajo, en la parte más elevada de la población.

(1) Véase el número anterior.

La emigración á distancia arrastrados por el viento, ha sido muy discutida, y mientras Blanchard admite que pueden ser arrastrados de 10 á 12 kilómetros, Theobald, Grassi y Celli dicen que no es posible, porque los mosquitos se posan en el suelo y no van arrastrados ni aun por el vendaval; lo que está corroborado por las observaciones que Galli-Valerio y Rochar han realizado en Vand y Valteline. Otra manera de distanciarse de sus focos ó centros de cría, es en los medios de transporte: trenes, barcos, coches, etc., que atraviesan los lugares invadidos, y por este procedimiento, los trasladan á grandes distancias. Así se explica ocurran esos casos aislados y raros, en sitios exentos y distantes de todo foco anofelino.

Los beneficios del distanciamiento, para la preservación, los hubimos de apreciar en la posición avanzada de Dar-Malaliem, cerca de medio kilómetro más internada que Malaliem, en las montuosidades que partían de estas colinas, y aunque predominaba en ella el elemento indígena, cuya mayor inmunidad para el paludismo es reconocida, existían sin embargo, cerca de una veintena de españoles entre oficiales y auxiliares de la «Mía», y no recordamos haber asistido á ninguno de las consabidas fiebres, en aquellos días en que Malaliem era campo de tan intensa morbilidad. Ello nos demostraba la débil resistencia del vuelo de los mosquito, vectores, que no se extendían más de los 200 metros, aproximadamente, pues en esto entran tantas circunstancias atmosféricas y topográficas, que es difícil calcular, no ya la exactitud, sino la misma aproximación. Y que parece es una realidad el dicho clásico, de que el paludismo tiene mucho peso específico.

No creemos que la falta de enfermos palúdicos en el elemento indígena fuera debida á esa inmunidad que se le pretende adjudicar, sino que por razón de su mayor resistencia orgánica, se ofrecían más difíciles para aparecer enfermos: en virtud también de su aguerrimiento defensivo biológico y del de aquellas epidermis duras, espesas, curtidas por el sol y el aire en una vida constante expuestos á la intemperie, ofreciendo fuertes barreras para ser franqueadas por las trompas rígidas y ténues de los anofeles.

En las cábilas de Malaliem y en otros poblados que se adentraban hacia los de Beni-Salem, donde varias veces fuimos requeridos para visitar enfermos moros, nunca fueron palúdicos, aunque nos daban la impresión de intensos anemizados, extraño en la vida tan plena de sol y aire que hacían, lo que me hacía pensar en que sufrieran la enfermedad; pero por razón y circunstancia de su mayor resistencia física, no sentían los efectos con tanta intensidad como nosotros. Sea de ello lo que quiera, es lo cierto que el elemento indígena de aquellos contornos no parecía tan predispuesto como nosotros, para ofrecer las consecuencias palúdicas del anofeles.

Para nuestros soldados, como para los de todos los ejércitos, mediaban varias circunstancias, todas favorables para la enfermedad; de clima, fatigas, privaciones, y que al factor humano no se le pueden dejar de apreciar aquellas condiciones que restan energías y exponen la salud, y más en las tropas en campaña, obligadas á hacer servicios muy penosos de vigilancia, largos paseos militares, marchas forzadas, alimentaciones irregulares, agrupamientos excesivos en los dormitorios ó dormir á la intemperie, en una palabra, grandes transgresiones y deficiencias de índole higiénica, que unidas á las depresiones morales, no es extraño favorezcan la infección palúdica, aminorando las condiciones individuales de resistencia.

No nos fué posible hacer un examen proporcional de los anofeles infectados, por la carencia de medios de investiga-



ción, que unido á la absorción constante del tiempo para tantos enfermos como había de asistir, hacían estéril todo propósito. También hubiéramos querido hacer el cálculo anofelino por el procedimiento de Ross, pero dificultades de orden militar para aventurarnos en aquellos contornos pantanosos, muchos de los cuales radicaban en zona llamada enemiga, como toda la de aguas arriba de Uad-el Lila, lo impedían.

En la evolución del ciclo anofelino, desde la puesta del huevo hasta su metamorfosis en insecto alado completo, se daban aproximadamente las etapas que Pittaluga describe tan magistralmente en su obra. Sin embargo, nos pareció de más breve evolución que la que le asignan los libros clásicos, pues si bien era cosa de dos días lo que tardaban los huevos en convertirse en larvas—observaciones que pudimos seguir en unos encharcamientos determinados—, no pasarían de 10 á 15 lo que esas larvas tardarían en evolucionar á ninfas, que á poco más de las cuarenta y ocho horas ya habían emigrado, alzándose al vuelo, convertidas en insecto perfecto. Bien es verdad que las condiciones de temperatura en aquellos días les eran óptimas, pues pasaba cotidianamente de los 35° y eso á raíz de la etapa de lluvias tan abundantes.

CARACTERES CLÍNICOS GENERALES.—OBSERVACIONES SOBRE  
PALUDISMO Y FIEBRE TIFOIDEA CONJUNTAS,  
POLIMORFISMO PATOLÓGICO

Pocas enfermedades han sido mejor estudiadas y conocidas que las fiebres palúdicas, paludismo ó malaria, que gracias al memorable descubrimiento del hematozoario, se halló la clave para un diagnóstico y un tratamiento precisos. Es una enfermedad que, según las épocas y los conceptos etiológicos que sobre su origen reinaban, ha recibido distintas denominaciones, y la llaman *fiebre de los pantanos*, por la relación que veían entre las charcas y la fiebre; *fiebres miasmáticas*, por la creencia de que ciertos miasmas en determinadas condiciones de medio y humedad las causaban; *fiebres telúricas*, en cuya adjetivación va el concepto denominativo; *fiebres intermitentes*, que aún subsiste, en que se atiende á ese carácter rítmico de la temperatura; y en suma, otros varios nombres, pero universalmente se ha adoptado el de *paludismo*.

Hemos de ser someros en las descripciones clínicas de aquellos enfermos, pues fueron en su mayoría de los tipos comunes que tan prolijamente se describen en las obras clásicas, así que con remitirnos á ellas, pudiera incorporarse á sus descripciones, pero en la epidemia palúdica de Malaliem y en las derivaciones patológicas que acarreo para el índice sanitario de la Zona, hubo algo que merece consignarse; siendo también tema de especial observación nuestra, como complicación malárica, su asociación frecuente con la fiebre tifoidea.

Desde luego hizo su aparición la enfermedad á los diez días de nuestra llegada á Malaliem, con una pureza de líneas y un cuadro clínico tan perfecto, que bien puede reputarse como de tipos clásicos. El mismo día 10, y lo recuerdo, porque conservo la anotación de un informe que elevé á mis jefes advirtiéndoles del peligro, antes de la hora del reconocimiento médico, fui avisado por el practicante, que en sus tiendas había tres soldados bastante enfermos que me requerían.

Los tres ofrecían el mismo cuadro clínico. Estaban bajo la acción del escalofrío intensísimo, tanto y tan fuerte, que no bastaba para conjurarlo las mantas de los varios compañeros que se habían amontonado sobre las suyas. El cuerpo les trepidaba, temblando; la cara pálida y anhelosa, los

dientes rechinaban; la piel de gallina; náuseas; y en ese estado pasaban de una á dos horas. El pulso era pequeño y tembloroso y la temperatura frisaba los 40°. A ese estado seguía el de calor intenso, propia fase febril, con sed ardiente, fuerte cefalea, disnea, lengua seca, congestión facial, ojos brillantes, sensación de vómitos y la temperatura remontándose hasta los 41° con un pulso acelerado y fuerte. Unas horas en ese estado, de cuatro á seis, bastaban para que se iniciaran aquellas crisis copiosas de sudor, que empapaban las ropas; las molestias, fatigas, cefalalgias y fiebre desaparecían, y el enfermo entraba en una fase de reposo, con sueño intenso y normalidad del pulso y temperatura. A pesar de ese aparente estado de retorno á la normalidad los enfermos quedaban quebrantados, con mareos y pérdidas del apetito, y propensión á neuralgias. Y quedaban sobre su piel y mucosas la huella del proceso patológico, en el tinte terroso que había sustituido al sonrosado, que se destacaba del de los demás hombres no atacados todavía.

Llamaba la atención, que de una manera tan rápida se ejerciera esa anemia acentuadísima, que casi á la aparición del primer ataque, se decoloraban piel y mucosas, fenómeno intraglobular que vamos á describir tomándolo de la memoria de nuestro ilustre compañero Dr. Palanca, tan magistralmente escrita.

Los hematozoarios—dice Palanca—producen una serie de trastornos mediante un proceso mecánico y químico, con consecuencias funestas para los elementos celulares sanguíneos, que sufren una doble mortificación en su número y en su estructura; desde luego el número de hemáties se encuentra muy disminuido, habiendo encontrado 100 ó 200 por milímetro cúbico en enfermos de la zona africana, pudiendo en otros ser menos acentuada y en otros normal; y en cuanto á la forma encontró leucopenia con linfocitosis, y grandes modificaciones en la estructura, con abundancia de mielocitos pigmentados.

En esos tipos de pureza clínica, fueron invadidos hasta ocho aquel día, primero de aparición de la enfermedad, en todos ellos siguió las mismas fases de evolución, notando más acentuación en los ataques, no como se creería natural, en los más débiles y con aspecto de pobreza orgánica, sino en aquellos más robustos, de contextura más fuerte y nutrida, que se hubieran creído mejor dispuestos para ofrecer resistencia á la enfermedad.

Nosotros nos explicamos esa aparente contradicción, por la índole esencial del paludismo, que precisamente por su acción patogénica fundamentalmente intraglobular, halla más fáciles y expeditos los terrenos de vida en aquellos organismos vigorosos, plenos de sangre para la nutrición del hematozoario.

Al día siguiente de la aparición del paludismo en esos casos reseñados, fueron 15 los que hube de asistir, con análoga sintomatología que los del día anterior, si bien uno de ellos se separó por completo de ese cuadro, pues la fiebre siguió constante, oscilando entre 39° y 39°  $\frac{1}{2}$ , y un delirio intenso, durante toda la noche, por lo que dispuse su ingreso en el hospital.

Otro signo que aprecié casi constantemente en los enfermos mencionados, era un herpes labial acentuado, con derivaciones faciales en muchos casos, y fué en algunos tan intenso, que obligó a serio tratamiento antiséptico, por las infecciones secundarias de tipo común que prendían en las vesículas herpetiformes.

Pasado el segundo día de explosión palúdica, que era apirético y normal, los atacados volvían á sufrir nuevo acceso febril, dando el carácter intermitente terciano al de casi todos los enfermos, cuya evolución térmica se desfiguraba



en muchos casos, aparte por el tratamiento químico que tanto influye en la aparición de los accesos, por la combinación de formas distintas, tipos intermedios, invasiones febriles prolongadas, subintrantes, que establecían la gradación entre las intermitentes y las continuas. Y en las sucesivas invasiones, cuya estadística era difícil sostener, por las distintas evacuaciones que se hacían, bien al hospital los que ofrecían carácter continuo hipertérmico, ó á Tetuán á las reservas del batallón en el cuartel cuya asistencia seguían ya otros médicos, en esas invasiones, digo, se iban ofreciendo, aunque por fortuna escasos, esos tipos de carácter pernicioso persistente, de aspecto disenteriforme, de los que tan magistrales descripciones hizo Torti.

Es indudable que establecer clínicamente la proporcionalidad de las distintas formas ó entidades clínicas es imposible, y así lo reconocían Waillet en Bona, Griesinger en Tübinga, y otros; por eso surgió la clasificación en doble cotidiana ó sea dos accesos por día; doble terciana, doble cuartana, quintana, etc., correspondientes á las diferentes fases del desarrollo esquizogónico de los parásitos, ó transformación ó supresión de algunos accesos, merced á la acción de las sales de quinina, que retrasando la aparición febril despojaba del carácter especial de cada tipo clínico.

Al finalizar el mes de Junio, las invasiones nuevas eran de doce á quince diarias, que sumadas al número de atacados que ya existía, daban en muchos días de reconocimiento de 180 á 200 enfermos presentes en el campamento, sin contar las sucesivas evacuaciones de los más rebeldes al tratamiento, de los de fiebres acentuadas y altas, que pasaban al hospital ó se evacuaban á la península.

Del peligro que ofrecía Malaliem para la propagación palúdica y del foco epidémico que era el campamento, basta considerar aquellos cientos de hombres inoculados del parásito, y sirviendo de nutrición para la profusión de anopheles que á costa de su sangre infectada se desenvolvían; no podían darse mejor ni más apropiadas condiciones para que se efectuase el ciclo evolutivo del hematozoario.

Nuestro diagnóstico de fiebres palúdicas, aunque no ofrecía dudas, dada la pureza sintomática de los enfermos, las condiciones de medio y clima, las intermitencias febriles, los cambios bruscos y acentuadísimos en que de la gravedad pasaban á la salud aparente, las frecuentes recidivas y lo bien que respondían á la quinina, lo confirmamos en el laboratorio, que gracias al auxilio del microscopio cabe la seguridad absoluta en el juicio diagnóstico, y hasta se puede seguir y describir la presencia del hemameba malaria en sus distintas formas intraglobulares. Dice Palanca en su tratado sobre «El diagnóstico del Paludismo en el Laboratorio» que no se debe confiar el diagnóstico sólo al medio clínico, pues es raro que se presente con la pureza de líneas que se describe en las obras clásicas de Patología, abundando las formas anómalas, bien porque distintas especies del parásito aniden en un solo enfermo, ó bien cuando el tiempo borra el ritmo característico de la enfermedad; citando en su apoyo las investigaciones de Lafora y Fernández Sanz, sobre complicaciones nerviosas generalmente tardías del paludismo, que por mal conocidas, fueron mal tratadas, en comunicación que presentaron el año 1916 á la Academia Médico Quirúrgica; y las manifestaciones de García Arias en la Sociedad Ginecológica de Madrid, afirmando la frecuencia de presentación de paludismo en pleno puerperio, llevando al tocólogo á la idea de una infección puerperal, descuidando el hematozoario que sin ser combatido, se multiplicaba grandemente, con evidente daño para la enferma.

Y no hacemos más extensión en lo que se refiere á diagnóstico y estudio del hematozoario, porque nos saldríamos

de los límites de esta tesis, y nada nuevo podríamos agregar á los estudios tan completos que, á partir de Laveran, han sentado la doctrina de la biología de la malaria. Basta para nuestro objeto la confirmación por el laboratorio de todos los enfermos de Malaliem, cuya sangre se examinó, hallando los parásitos en sus diferentes fases evolutivas.

#### AFECCIONES INTERCURRENTES

En el curso epidémico de la malaria en nuestra zona, se ofrecieron á nuestra observación, seguramente exaltados por la mejor predisposición orgánica, afecciones intercurrentes, cuya aparición era tanto más de extrañar, cuanto las creíamos desterradas en absoluto, por virtud de las vacunas específicas. Nos referimos esencialmente á las fiebres tifoideas, de cuya gravedad daremos idea con la sola mención de su mortalidad, que aunque los casos por fortuna fueron escasos, pues no pasaron de ocho, según los estados que conservamos, sólo uno logró salvarse. Y aunque la teoría que defiende Boudin en su «Traité des fièvres intermittentes», tiende á demostrar el antagonismo entre ambas enfermedades, hay que advertir lo contrario, pues esas invasiones de naturaleza tífica, presentadas en el curso de una afección malárica, y en tropas vacunadas específicamente, demuestran que no existe tal antagonismo, sino más bien predisposición; y más, existiendo antecedentes de años anteriores, desde que se hizo obligatoria la vacunación antitífica en nuestro ejército de Africa, que eran raros los casos que se presentaban. Lo mismo aprécié Laveran en 1840 en sus observaciones en la campaña de Argelia, y con él todos los médicos militares que seguían á las tropas, y junto á las fiebres tifoideas veían hacer explosión las invasiones palúdicas, y viceversa. Iguales observaciones se han hecho en Italia en los focos más intensos de paludismo en la Campaña Romana, y en los datos publicados de Madagascar y la India.

Villet observó en Constantina de 400 casos de paludismo 40 de fiebre tifoidea, con el cuadro de subdelirio, adinamia profunda, lengua seca, aspecto estuporoso, fuliginosidades en la boca, diarrea con incontinencia, timpanismo abdominal, matidez esplénica con dolor, temperatura axilar entre 40° y 41° y las roséolas en las paredes del vientre.

Fernández Martos, en Melilla, y Jurado, médicos militares distinguidos, dicen que en 1904 observaron bastantes casos de tifus abdominal asociado al paludismo, lo que asignaba serias dificultades de diagnóstico, que no corto estudio y observaciones lograban vencer. Y un cuadro análogo al descrito por Villet, hallaron en rifefios de los que anualmente iban á Argelia á las faenas de la recolección.

(Se continuará).

#### Bibliografía.

G. Marion. TRAITÉ D'UROLOGIE. Paris, Masson, 1921.

He aquí un libro que se necesitaba. Pocas veces se podrá decir esto con más verdad. El *Tratado de Urología*, de Marion, en dos volúmenes, que acaba de publicarse, llena cumplidamente su objeto y es único por su estructura.

Teníamos en Urología diferentes tipos de libros de conjunto: el tipo Manual (el de Pousson, el reciente de Leguen y Papin, entre otros) escritos especialmente para estudiantes y médicos generales, que tienen, á juicio nuestro, un inconveniente capital, á saber: que se necesita estar algo impuestos en la especialidad urológica para poder manejarlos con fruto; hasta tal punto están allí condensadas las materias.

El *Précis d'Urologie*, de Leguen y Papin (Maloine; París, 1921), admirable como orientación y contenido, es un li-



bro que sólo podrán leer con provecho los especialistas en Urología, en modo alguno aquellos que deseen iniciarse en la especialidad urológica.

Por otra parte, á todos los libros de tipo Manual les falta la parte correspondiente á la técnica operatoria, de tan gran importancia en Urología. Por esto resultan forzosamente incompletos.

Otro tipo de libros es el opuesto (refiriéndonos siempre á los de conjunto), el de la Enciclopedia francesa de Urología —aún no acabada de publicar—, en seis tomos; es libro de datos de discusión, de consulta, sin unidad, sin relieve y sin personalidad. Es libro en donde está acumulado todo lo publicado hasta el día, pero no es manejable.

Y hay, finalmente, el tipo de libros intermedio (el Tratado grande de Legueu, el *Lehrbuch der Urologie*, de Casper; *Urology*, de Guiteras; *Modern Urology*, de Cabot, etc., y este nuevo libro de Marion). De todos estos, nosotros preferimos el de Cabot y el de Marion. La *Modern Urology*, de Cabot, es una enciclopedia de urología escrita por los autores americanos de más relieve; es un libro excelente. El *Traité d'Urologie*, de Marion, tiene la ventaja de poseer una parte técnica detallada de las operaciones urológicas. Por esto resulta completo, como decíamos al principio, aún más que el de Cabot.

La obra consta de las siguientes partes: Anatomía del aparato urinario; exploraciones urológicas, con un apéndice de técnica de los exámenes de laboratorio; semeiología, que constituye una de las mejores partes del libro; patología (enfermedades del riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y pene) —la marcha seguida en la Patología es: afecciones traumáticas, infecciones, tumores, cuerpos extraños y malformaciones—; formulario urológico, que comprende una primera parte de medicaciones y otra de terapéutica aplicada. Acaba la obra con el estudio de la técnica urológica, subdividida en: operaciones sobre el riñón, sobre la pelvis, sobre el uréter, sobre la vejiga, sobre la uretra, próstata y pene. El volumen primero comprende hasta enfermedades de la vejiga inclusive. El segundo, el resto.

Marion es suficientemente conocido. Sus publicaciones anteriores le han conquistado fama mundial, y este nuevo libro viene á robustecer su personalidad como urólogo y sobre todo como maestro. Digamos en seguida que este libro de Marion es utilísimo como obra didáctica; he ahí su mayor mérito. Es un libro hecho tan en contacto con la clínica, que su lectura tiene todo el encanto y todo el sabor práctico de una lección dada á la cabecera de un enfermo. Las características de Marion (ya lo hemos dicho en otro sitio) son la sencillez, la claridad, la concisión, supeditándolo todo y en todo momento —cuando escribe y cuando habla— al provecho del alumno. Sin ser discípulo directo de Guyon (sus maestros en Urología fueron Albarran y él mismo), se aproxima mucho á él por la sagacidad y el espíritu clínico de aquel maestro, al que conocemos á través de sus lecciones clínicas.

En este libro, como en sus anteriores publicaciones, Marion da en todo momento su impresión personal razonada y basada en su gran experiencia de casos bien estudiados y seguidos, y nunca se deja arrastrar por el apasionamiento ó emite conceptos no absolutamente verdaderos que el uso corriente y no meditado han hecho que tomen carta de naturaleza en Urología. Nos sugiere esta reflexión lo que dice á propósito de la talla y la litotricia, y la recomendación expresa y repetida que hace de practicar una radiografía en todo enfermo con piuria renal de naturaleza desconocida. Comunmente, en presencia de una supuración renal no microbiana todos los autores aconsejan que se piense en la tu-

berculosis renal; en la mayoría de los casos se tratará efectivamente de tuberculosis renal, pero en muchos de ellos un cálculo se encontrará en el origen de esa supuración. Precisamente, en estos días, Birger Runeberg (1), de la Universidad de Helsingfor, acaba de publicar un trabajo interesantísimo, basado en un número grande de casos acerca de las piurias renales asépticas y en él se ven confirmados los puntos de vista de Marion en este punto.

El segundo volumen empieza con las afecciones de la uretra y sigue á este la patología de la próstata. Nunca hasta ahora se ha descrito con más claridad la enfermedad conocida con el nombre de Hipertrofia de la próstata, ni precisado mejor sus indicaciones; luego, en la parte técnica, se estudia con todo detalle la prostatectomía y el curso post-operatorio de estos enfermos, de tanta importancia.

En el segundo volumen hay una parte de gran interés, la que se refiere á las medicaciones urológicas, que consiste en un formulario completo seguido de unos tipos de plan para los distintos enfermos urinarios. Esta parte es de gran utilidad.

La última parte de la obra está consagrada á las operaciones urológicas. Y es lo mejor de la obra, porque Marion es un operador habilísimo, de técnica segura y fácil. Esta parte no es una exposición fatigosa de procedimientos; el autor se limita á describir con todo detalle, eso sí, el procedimiento que él sigue y lo describe minuciosamente. No solamente da los grandes procedimientos operatorios, sino que teniendo en cuenta que se dirige á los especialistas y á los no especialistas, estudia también la pequeña técnica urológica, como lavados de vejiga, instilaciones, etc.

El libro de Marion, en suma, nos parece admirable como forma y como fondo y creemos firmemente que su publicación afianza aún más la tradición francesa de la especialidad urológica.

Como presentación editorial es impecable. Los grabados, dibujos, fotografías, láminas en color, etc., están hechos con el cuidado que la casa Masson pone en ello siempre.

SALVADOR PASCUAL

Madrid, 31 de Octubre de 1921.

## Periódicos médicos.

### NEUROLOGIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **La tabes juvenil.**—Los Dres. Mamerto Acuña y José María Macera comunican la siguiente curiosa nota clínica:

Domingo G., catorce años, argentino, Bella Vista (F. C. P.). Ingresó en la sala VI del Hospital de Clínicas el 4 de Marzo de 1921. Cama 30.

**Antecedentes hereditarios.**—El padre padece de reumatismo; la madre es cardíaca (sufría de mareos y de palpitaciones); tiene cinco hermanos vivos y ocho muertos, dos de éstos nacieron muertos, otros murieron en la primera infancia, uno de bronconeumonía.

Hay tres abortos, el primero correspondió al segundo embarazo, los otros después de nacer este enfermo.

**Antecedentes personales.**—A los catorce meses padeció de coqueluche, que duró tres meses; á los siete años sufrió una fractura de la extremidad inferior del antebrazo derecho, poco tiempo después, y en esa edad tuvo una ulceración en la margen del ano; visto por un facultativo, éste diagnosticó

(1) *Acta Chirurgica Scandinavica* Stockholm, 1921, «Ueber die sogenannten aseptischen renalen Pyurien».



lesión sífilítica y la quemó con un líquido, curando bien, pero sin indicar tratamiento específico.

**Enfermedad actual.**—Empezó hace dos años con hinchazón y dolor de ambas rodillas (que desaparecieron con reposo y fomentaciones); como mejorara de esto á los tres días empezó á caminar, y al hacer un esfuerzo sobre una silla queriendo tomar un objeto, cayó y se fracturó el fémur en su tercio superior. Llevado al hospital Fernández estuvo internado cuarenta días; al salir del hospital y empezando á caminar, la madre notó que ambos tobillos se hinchaban, desapareciendo con el reposo al principio para no experimentar modificaciones posteriormente. Año después (Enero de 1920) ingresó en el hospital San Roque donde estuvo internado cuatro meses y donde se le practicó tratamiento específico (fricciones mercuriales).

El enfermo manifiesta sufrir de dolores intensos á nivel del epigastrio, los que se repiten en forma de crisis cada tres ó cuatro días, durando cerca de cinco minutos; igualmente registra crisis urinaria (dolor á nivel de la vejiga), dolor que se repite cada veinte días, tardando á veces más tiempo. Igualmente ha acusado dolores que se iniciaban en el tobillo como punzadas y que á veces se irradiaban hacia las rodillas; otras veces eran de codo y muñeca.

**Estado actual.**—Niño con desarrollo menor al correspondiente á su edad, buen estado de nutrición, regular panículo adiposo, piel blanca amarillenta, presenta gran cantidad de cicatrices acrómicas anectodérmicas, repartidas por todo el cuerpo, con predominio á nivel del tórax, de tamaño variable, algunas como monedas de cinco centavos. Presenta numerosos ganglios inguinales.

Esqueleto bien desarrollado, se palpan clavículas y tibias rugosas, á nivel del tercio superior del fémur, se palpa perfectamente el callo de consolidación de su fractura sufrida hace dos años.

Mucosas rosadas.

Cabeza: cráneo simétrico, cabellos abundantes, largos y sedosos.

Cara: cejas algo enrarecidas en sus colas, nariz hundida en su base. Ojos: motilidad normal, pupilas desiguales, irregulares y excéntricas en midriasis, no reaccionan ni á la luz ni á la acomodación.

Boca: labios con cicatrices radiadas tomando piel y mucosas; buena implantación dentaria, paladar ligeramente ojival, lengua saburral húmeda.

Cuello: cilíndrico, sin red venosa, se percibe un latido en ambos lados carotídeos, igualmente á nivel de la fosa supraesternal, huecos supraclaviculares bien manifiestos.

Tórax: simétrico, bien conformado, respiración costoabdominal. Pulmones: excursión respiratoria, palpación, percusión y auscultación, normales.

Corazón: Area cardíaca, normal, choque de la punta á nivel del cuarto espacio intercostal por dentro de la línea mamilar; tonos cardíacos bien timbrados, limpios, segundo tono aórtico reforzado. Pulso regular, igual y tenso, ochenta pulsaciones por minuto.

Abdomen: depresible, permite una buena palpación. Hígado palpable á nivel de la arcada costal.

Bazo: bien palpable. No se palpa cuerda cólica.

Aparato genital: Presenta una fimosis que dificulta el acto de la micción. Testículos algo duros é indolores á la presión.

Sistema nervioso: Psiquis normal, el niño responde perfectamente bien á las preguntas; sistema muscular bien desarrollado, fuerza conservada, músculos indolores á la presión. Existe marcada hipotonía (estando de pie puede llevar la cabeza hasta colocarla entre ambas piernas).

Taxia normal, en miembros superiores é inferiores. Sentido estereognóstico: conservado.

Sensibilidad táctil: normal.

Sensibilidad dolorosa: normal.

Sensibilidad térmica: normal.

Sensibilidad de los troncos nerviosos á la presión del cubital en el canal húmero-olecraneano, sobre la cabeza del peroné (del ciático poplíteo externo): no despiertan dolor.

Sensibilidad visceral. Anestesia testicular franca á la presión, persistencia de la sensibilidad dolorosa provocada en el hueco epigástrico. La presión de los globos oculares no es dolorosa.

Sensibilidad dolorosa ósea abolida (percusión sobre cara interna de tibias, no determina dolor).

Sensibilidad ósea vibratoria, conservada en tibias y frontal.

Reflejos mucosos: conjuntival y faríngeo, normales.

Reflejos cutáneos: abdominal, cremastérico, plantar, existen y son normales.

Reflejos tendinosos: tricipital normal.

Reflejo radial: abolidos en ambos lados.

Reflejos patelares, persisten, pero el derecho es más débil que el izquierdo, ambos están disminuídos.

Reflejos Aquilianos: abolidos.

Trastornos tróficos. Fractura consolidada de fémur tercio superior (con callo exuberante).

Ambos tobillos se presentan muy aumentados de volumen y deformados; esta tumefacción es indolora, no hay dolor espontáneo ni provocado; la palpación de dichas articulaciones da la sensación de que se tocara una bolsa llena de avellanas; no hay cambio de coloración de la piel; permite al pie efectuar movimientos de una amplitud mayor que la normal (abducción, adducción, flexión, extensión y circunducción), presentando al examen radiográfico la destrucción casi total de la cabeza del astrágalo, parte del escafoides y destrucciones parciales de los huesos circunvecinos; hay proceso de rarefacción ósea.

Esta artropatía no dificulta de ninguna manera la marcha, la que se realiza en buenas condiciones.

Trastornos genitourinarios. Eneuresis nocturna frecuente.

Trastornos viscerales. Padece de frecuentes dolores á nivel del epigastrio é hipogastrio (crisis estomacales y vesicales).

No hay Romberg.

**Examen de ojos.**—Externo normal, pupilas irregulares, anisocoria, no reaccionan á la luz ni á la acomodación, fondo de ojo normal. Ambos ojos, visión 1.—*Dr. Tiscornia.*

Marzo 17 de 1921: *Análisis del líquido cefalorraquídeo.*—Cristal de roca, citología, célula de Nageotte: 60 elementos por milímetro cuadrado, algunos glóbulos rojos. Linfocitos, 79 por 100. Polinucleares neutrófilos, 14 por 100. Mononucleares, 7 por 100. Albúmina, 0,40 por 1.000. Globulina Noguchi, ++. Reacción de Wassermann con 0,2 de líquido ++ con 1 c. c. de líquido ++++ *Dr. Correas.* Wassermann de la sangre de la madre +++.

**EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO.**—La evolución de la afección en el transcurso de tiempo en que el enfermo está internado en la sala después de 35 inyecciones subcutáneas de 0,05 centigramos de neosalvarsán en soluciones glucosadas, dadas días por medio, se ha notado que ha registrado modificaciones de importancia. Los síntomas tabéticos denotan las mismas características que al ingreso, pudiendo decirse que el mal está estacionado; sin embargo, las crisis viscerales han desaparecido y los reflejos patelares son mucho más vivos que al ingreso; hay, pues, una mejoría en lo que á reflejos se refiere.



En el examen del líquido cefalorraquídeo efectuado el día 22 de Julio no ha denotado modificaciones con respecto al anterior.

En suma, tratase de un niño de catorce años con manifestos estigmas de hereditarios, que á la edad de doce años sufre una fractura del fémur, apareciendo al poco tiempo deformación é hinchazón de ambos tobillos, por lo que á los trece años ingresa en el Hospital Ramos Mejía, donde ya se apreciaron algunos de los síntomas que presenta actualmente (anisocoria, artropatía deformante, abolición del reflejo aquiliano); pero en cuya época, á juzgar por el estado actual levantado en el servicio del profesor Esteves, el 15 de Enero de 1920, faltaban algunos signos cardinales que hoy apreciamos, como son: abolición del reflejo pupilar á la luz y á la acomodación, abolición del reflejo palmar, anestesia testicular, anestesia de los troncos nerviosos á la presión, etc., encontrándose, en cambio, estacionarios la artropatía y la disminución del reflejo patelar y persistiendo ausentes los trastornos musculares, tanto en miembros superiores como en los inferiores.

En este enfermo, los signos de la serie tabética están bien caracterizados, y aun con el más riguroso criterio clínico, creemos que el diagnóstico de tabes juvenil se impone; en efecto, para afirmarlo encontramos:

1.º Trastornos musculares: la hipotonía.

2.º Trastornos sensitivos subjetivos como objetivos: crisis gástricas, dolores fulgurantes (atenuados), anestesia testicular, anestesia ósea, anestesia de los troncos nerviosos á la presión cubital (en su canal).

3.º Modificación de los reflejos: abolición del aquiliano, radial y palmar.

4.º Trastornos oculares: abolición del reflejo pupilar á la luz y á la acomodación, anisocoria, pupilas irregulares y excentricas.

5.º Trastornos viscerales: crisis urinarias.

6.º Trastornos tróficos: rarefacción del tejido óseo, fracturas fáciles, artropatía indolora y deformante.

7.º Alteraciones humorales: Wassermann positivo, linfocitosis del líquido cefalorraquídeo.

Creemos que ninguno de estos síntomas, considerados aisladamente, puede permitir el diagnóstico de tabes, pues, como dijimos, la meningitis crónica hereditaria puede reproducir la mayoría de los signos tabéticos; pero la coexistencia y combinación de los síntomas cardinales, como arreflexia, trastornos viscerales, trastornos tróficos y oculares, unidos á su evolución progresiva, pueden facilitar el diagnóstico de tabes, como en la observación que presentamos.

Nuestro caso comprueba una vez más que la tabes en el niño es, desde el punto de vista clínico, una tabes particular de escaso parecido con la tabes del adulto, tabes frustrada, poco atáxica, poco dolorosa, poco fulgurante, con predominio de trastornos oculares y de crisis urinaria, de modificación de reflejos tendinosos, y que los fenómenos serían, según la gráfica expresión de Pierre Marie, más bien tabetizantes que tabéticos.

Refiriéndonos á nuestra observación, terminaremos diciendo que se trata de tabes juvenil, iniciada á temprana edad, de origen hereditario, y con una rica y expresiva sintomatología. (*La Prensa Médica Argentina*, 20 de Septiembre de 1921.)

## UROLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento quirúrgico de las cistitis dolorosas, por el profesor Rochet.—Según los datos que suministran

la fisiología y la patología vesicales, se puede concebir un triple origen de las crisis dolorosas de la cistalgia, cualquiera que sea, por otra parte, la afección causal que las produzca. O bien la crisis tiene como punto de partida la contracción dolorosa del cuerpo mismo de la vejiga, ó bien nace en el esfínter uretro-vesical, ó, en fin, viene del uréter propiamente dicho, particularmente del uréter inferior, repercutiendo el cólico doloroso de este uréter en el aparato vesical. Aunque estos diferentes elementos de dolor no estén nunca tan esquemáticamente separados y se mezclen con frecuencia más ó menos, en la realidad, se puede recurrir á una terapéutica dirigida á tal ó cual de ellos, según los casos. Contra las contracciones dolorosas de la misma vejiga, tenemos la talla hipogástrica, cuyos resultados sedantes están muy lejos de ser contados; la talla obra en este caso, suprimiendo la acumulación, *con tensión*, de la orina en una vejiga ulcerada ó inflamada y más ó menos disminuída de capacidad, á veces reducida á un volumen muy pequeño, de donde resulta la polaquiuria incesante y los dolores vivos desde que la cantidad de orina alcanza el límite de esta capacidad. Como consecuencia de la talla, la vejiga queda en reposo, y su contractura dolorosa, que llega á ser casi permanente, desaparece. El autor, con Latarjet, pensó en 1913, que podría ensayarse otro tratamiento de las cistitis crónicas dolorosas que no mejoraban con los medios habituales, haciendo para la vejiga una cosa análoga á lo que se hace para las grandes neuralgias rebeldes de la cara y de los miembros, es decir, cortar las ramas nerviosas principales que inervan la vejiga, la extremidad inferior del uréter y la región cervical del reservorio; ó mejor todavía, extirpando los ganglios hipogástricos de donde emanan. En efecto, cortar todas las ramas, aun solamente las ramas madres que inervan estos órganos, es cosa prácticamente irrealizable, en razón de su extrema multiplicidad y, sobre todo, de las dificultades invencibles que ofrece su descubrimiento y aislamiento; pero podría limitarse la cuestión á cortar las gruesas ramas que, partiendo del ganglio hipogástrico, suben por los flancos de la vejiga; ó todavía, después de haber descubierto la parte yuxtavesical de los uréteres, podría dislacerarse la mayor parte de los filetes nerviosos que los rodean á su entrada en la pared vesical y aun en los que suben por ellos hasta una cierta altura. Se trataría entonces de una supresión solamente parcial de la inervación, que podría dar, sin embargo, resultados satisfactorios y que puede tener su indicación en algunos casos.

La extirpación sistemática de los ganglios hipogástricos suprimirá, por el contrario, la *casi totalidad* de la inervación vesical; siempre quedarán filetes nerviosos simpáticos que acompañan á los vasos y probablemente también pequeños centros nerviosos autónomos contenidos en las paredes vesicales, pero la extirpación completa de los dos ganglios hipogástricos interrumpirá las conexiones nerviosas de la vejiga con el sistema nervioso voluntario, por una parte, y el sistema nervioso involuntario ó simpático, por otra. Se obtendrá así un doble resultado: 1.º, quedará insensible la mucosa vesical, y el punto de partida del reflejo de la contracción muscular dolorosa quedará suprimido; 2.º, la contracción dolorosa considerada en sí misma, en el caso en que estuviera ya instalada y obrase por su propia cuenta en las crisis neurálgicas, quedará también aniquilada. El ganglio hipogástrico pertenece como situación á la región vesical inferior; su descubrimiento operatorio puede hacerse por la vía extraperitoneal ó por la vía intraperitoneal. Los primeros tiempos de la operación serán los mismos en los dos casos; enfermo en posición de Trendelenburg; larga incisión curva de concavidad superior, cuyo punto más inferior pasa



á un buen través de dedo por cima del pubis, y cuyos extremos sobrepasan los bordes externos de los rectos; la incisión llegará del primer intento hasta la aponeurosis abdominal anterior; se liberan los rectos por completo de su envoltura aponeurótica anterior en toda su anchura y en una altura bastante grande para poder separar fácilmente uno de otro y se introduce un separador automático entre sus bordes internos. Aquí comienza la diferencia de las maniobras según se utilice la vía extra ó intraperitoneal. En el primer caso se procederá al despegamiento antevésical del fondo de saco peritoneal, pero haciéndolo rápidamente, tan lejos y tan alto como sea posible, bajo el pedículo umbilical y bajo el uraco, deteniéndose á este nivel. Se continuará en seguida el despegamiento peritoneal de la vejiga, entre la arteria umbilical y el uraco, hasta la cara posterior del reservorio (previamente vaciado por completo para que pueda cogerse fácilmente con los dedos); se contorneará el pedículo umbilical de abajo á arriba despegando con cuidado el peritoneo y sin ser necesaria la sección de este pedículo; se despega con el índice la serosa á cada lado del uraco y detrás de él hasta la cara posterior de la vejiga; cuando el uraco está bien aislado en una extensión de 2 á 3 centímetros, se le corta entre dos ligaduras, cuidando de no abrir la cúpula vesical, que está por debajo, ni el peritoneo que está rechazado hacia arriba. Así es fácil el resto del despegamiento en la cara posterior de la vejiga sin necesidad de seccionar el pedículo umbilical. Llegados á la parte inferior de la cara posterior de la vejiga, al nivel de las vesículas seminales y del origen del canal deferente, se buscan los uréteres, quedándose en su lado interno; un poco por dentro de los dos últimos centímetros del uréter y á un pequeño través de dedo por debajo de él, es donde hay que tratar de ver la lámina nerviosa que contiene el ganglio hipogástrico y que yace casi horizontalmente entre el recto y la base de la vejiga en estado normal.

Si se sigue la vía intraperitoneal, se incinde el peritoneo entre los rectos, vigilando tan sólo no abrir la vejiga; se separan fuertemente los músculos y se toma la vejiga por su fondo para elevarla lo más fuera posible de la herida, volviéndola sobre el pubis; el operador busca entonces la porción terminal de los uréteres, que constituye el punto de referencia para descubrir el ganglio hipogástrico; quizás lo más fácil sea buscar los uréteres algo lejos de la vejiga, por ejemplo, en su punto de contacto con la bifurcación de los vasos ilíacos y descubrirlos por medio de un ojal hecho á este nivel en el peritoneo; prolongando después estas pequeñas incisiones peritoneales, se sigue fácilmente al uréter hasta su inserción vesical. Dirigiéndose directamente por debajo del uréter yuxtavesical, se continúa la disección de la región en la profundidad de la pelvis, al lado del recto y buscando entre éste y la base de la vejiga se llegan á descubrir las ramas eferentes del plexo hipogástrico y detrás el ganglio. Con la sonda acanalada, ó mejor, las ramas planas de largas tijeras se desnuda cuidadosamente la cara externa de la lámina nerviosa en el sentido anteroposterior, en una longitud de 2 centímetros y una altura de un buen través de dedo. Hecho ésto, podrán colocarse fácilmente dos pinzas por delante y detrás de lo desnudado y cortar entre ellas; las ramas eferentes, que van á la vejiga, comprendido en ellas el ganglio hipogástrico, se seccionan también. Todas las maniobras descritas se refieren al hombre. En la mujer son diferentes, aunque la marcha general de la operación sea la misma y muchos detalles operatorios idénticos. La resección bilateral del ganglio hipogástrico conduce á la parálisis vesical y á la retención de orina en el hombre, como sucede experimentalmente en el perro. En dos enfermos ope-

rados así por el autor, se produjo, en uno, una retención completa, siendo necesario sondarle dos ó tres veces al día, durante un mes; después se estableció una semiincontinencia que permitía hacer sólo un sondaje al día, hasta la muerte del operado, que ocurrió después de siete meses de operado. El autor cree que el inconveniente de dos ó tres sondajes obligatorios por día, no es nada para el enfermo, frente á la polaquiuria incesante y los dolores horribles de la cistitis. La operación de la resección doble del ganglio hipogástrico es larga, difícil, laboriosa; Rochet ha tratado de simplificarla actuando, no ya sobre los ganglios tan profundos y molestos de descubrir, sino sobre sus ramas eferentes vesicales, sobre las que, partiendo de las porciones superior é inferior del ganglio, van á distribuirse á las partes laterales de la vejiga, á su cara posterior y también hacia la próstata, al lado del cuello vesical.

Esta operación, simplificada, ha sido llevada á cabo por Rochet en dos casos; su técnica, que describe detalladamente, se hace por la vía extraperitoneal; es sencilla, inocente y sus resultados sedantes fueron notables en los dos casos de cistitis intensa, en dos tuberculosos renales inoperables. Lo mismo que después de la extirpación completa de los ganglios, puede acompañarse de retención por parálisis vesical. En ciertos casos de cistalgia, ligada á la tuberculosis renal, inoperable y en los que el elemento dolor parece deberse al uréter exclusivamente, el autor ha intentado otro género de inervación parcial, extirpando todos los filetes nerviosos de la extremidad inferior, yuxtavesical del uréter, empleando para descubrir la región ureteral inferior, el procedimiento de Gilson; éste método ha sido practicado por Rochet en tres casos, con resultados verdaderamente notables. Al lado del caso en que el dolor parece proceder de las contracciones dolorosas de la vejiga y del uréter, existe todo un grupo de manifestaciones dolorosas crónicas que parecen pertenecer más especialmente al orificio uretrovesical y á la porción inmediata de uretra y que no están siempre ligadas á una afección renal ó uretral; son los espasmos dolorosos de ciertas afecciones nerviosas generales, como en algunos casos de tabes, ó los casos descritos con el nombre vago de neuralgias del cuello, ó los que entran en la categoría de contracturas del cuello, que se acompañan de disuria y de retención más ó menos marcadas. El fracaso de los tratamientos médicos y de los pequeños tratamientos locales de la especialidad (cateterismo con grandes dilataciones, cauterizaciones, etc.), unido á la intensidad de dolor, pueden conducir á una intervención quirúrgica sobre la región del esfínter. Los nervios del esfínter y pericervicales están representados por las terminaciones del pudendo interno, para el esfínter uretral y la mucosa de la uretra profunda, y por ramos emanados del ganglio hipogástrico, para la extremidad inferior de la vejiga y el cuello mismo. Se puede obrar sobre ellos de manera indirecta, por la resección de la rama perineal de los nervios pudendos internos, ó por la disociación y desgarró de los ganglios y de la cadena del simpático sacro. La resección de los nervios pudendos está sobre todo indicada cuando la vejiga no es la causa, sino que estando sana, el punto de partida del dolor corresponde á la uretra profunda y al aparato esfinteriano perineal. Aún está más indicada cuando, como en la mujer, por ejemplo, la neuralgia uretrovesical se acompaña de los fenómenos dolorosos del vaginismo. Es, en suma, la operación de elección cuando la neurosis dolorosa asienta en los nervios y músculos del periné. Al lado de las operaciones indirectas destinadas á obrar sobre el aparato esfinteriano uretrovesical, están las que obran directamente sobre él. Se hacen, sea por la vía vesical ó por la vía uretral, con ayuda de dos medios: ó



bien por la dilatación forzada del anillo del esfínter, ó por la incisión de este anillo. La abertura de la vejiga no es necesaria, antes bien, parece una complicación inútil, y la incisión del anillo es método mejor que la dilatación forzada. La incontinencia de orina que sigue á la operación, durante quince días ó tres semanas, no parece ser definitiva. El autor describe la técnica que permite abordar la región cervico-esfinteriana, y practicar las incisiones necesarias sin abrir previamente la vejiga. (*Lyon Chirurgical*, tomo XVIII, número 4, Julio-Agosto, 1921).—LUENGO.

### CIRUGIA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Hernia del apéndice con perforación del saco herniario por cuerpo extraño.**—El Dr. Robert William refiere el siguiente caso:

J. H., varón de sesenta años, portero, vino á la sala de exploraciones para que le sacasen un clavo que le había perforado el escroto, en el lado derecho. Dijo que se lo había tragado hacía unos dos años y ocho meses. Poco después vomitó y se imaginó que lo había arrojado. Cuatro meses después experimentó súbitamente un dolor agudo en la región inguinal derecha, que le duró varios minutos. Otros ataques similares habían sido fuente de irritación constante para el paciente, durante los dos últimos años, pero, al parecer, no habían sido suficientemente graves para obligarlo á consultar á un médico. Jamás se había quejado de dolor abdominal ó de dolor al defecar. Durante el mes pasado, el dolor se había localizado en la región inguinal derecha, y en la noche del sábado, 7 de Mayo de 1921, el paciente sintió una punta aguda que sobresalía en la porción superior del escroto. Al examinarla con más cuidado, descubrió un clavo que no pudo extraer. El domingo todavía proyectaba dicho clavo, y en la tarde del lunes el paciente se presentó en la sala de exploración del hospital y pidió que se lo sacasen. Rehusó ingresar en el hospital en aquel momento, diciendo que regresaría al día siguiente. El martes por la mañana advirtió que había desaparecido el clavo. Ingresó en la misma mañana. El miércoles, un roentgenograma de la pelvis reveló que el clavo se hallaba en la fosa ilíaca derecha. El paciente manifestó que había tenido una hernia en el lado derecho, desde que tenía nueve años. Jamás le había causado ningún trastorno grave.

La exploración física resultó negativa, aparte de una tumoración en la región inguinal derecha, que proyectaba hacia adelante, al toser. Dicha tumoración no se deprimía cuando el paciente se acostaba. Existía alguna induración de los tejidos del escroto, que rodeaban una pequeña úlcera, en la que había penetrado el clavo. El anillo inguinal del lado izquierdo era grande, pero no se descubrió ninguna hernia.

Se asignó el caso al servicio quirúrgico de los doctores W. L. Huggins y W. A. Bayley. El jueves por la mañana se preparó al enfermo para una herniotomía inguinal derecha. Se expuso el saco herniario, descubriéndose que contenía el apéndice y mesoapéndice. Se encontró el clavo en el ciego y se empujó con facilidad á la luz del apéndice, se verificó una apendectomía, se reparó la hernia y se cerró del modo acostumbrado. No pudo observarse ninguna perforación en el ciego á través de la incisión herniotómica y tampoco se encontró ninguna en el apéndice. Los Dres. Hammock y Manner, del claustro de patología, llevaron á cabo exámenes macro y microscópicos del apéndice, sin que pudiesen encontrar la menor señal de inflamación aguda. En el examen macroscópico del ejemplar, el Dr. Hammock lo encontró infestado con lombrices (*Oxyuris vermicularis*). Se encontraron 15 vermes en la luz del apéndice.

El tratamiento postoperatorio fué idéntico al de un caso de hernia ordinario y, aparte de la infección de una herida de sutura superficial, el enfermo se repuso sin complicaciones y se dió de alta del hospital el sábado 11 de Junio.

La apendicitis por cuerpo extraño, con perforación del apéndice por aquél, no es tan común como se supone generalmente, según lo que dice Da Costa, quien afirma que Ranvier compiló los protocolos de 459 autopsias y encontró informes de 179 concreciones fecales y de 16 cuerpos extraños.

En el caso comunicado por nosotros, ha lugar á muchas dudas sobre si el clavo perforó ó no el apéndice. Lo más probable es que perforase el ciego, mientras se hallaba en el saco herniario y que desapareciese al producirse la reducción espontánea de la hernia.

La hernia del apéndice, aunque se menciona muy de paso en la mayoría de las obras de texto sobre cirugía, probablemente no es un estado raro. Da Costa menciona á Merigot de Treigney, quien compiló 22 casos. En 17, la hernia fué inguinal; en 5 femoral. El mismo Da Costa operó en un caso de apendicitis, en el que el apéndice inflamado era el único huésped de un saco inguinal derecho incompleto.

Todas estas condiciones, en el mismo individuo, junto con el hallazgo de oxiuros tan arriba en el intestino es muy raro y de suficiente interés para justificar la comunicación del caso. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 15 de Septiembre de 1921.)

2. **Úlceras gastroyeyunal y yeyunal.**—El Dr. Richard Lewesohn, después de un estudio detallado de esta afección en el cual estudia 21 casos, establece las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La causa de las úlceras gastroyeyunal y yeyunal probablemente reposa en los mismos factores (que no se conocen precisamente hasta el presente) que producen la úlcera pilórica y duodenal.

2.<sup>a</sup> El material de sutura es de importancia menor. Si existe, puede considerarse un hallazgo accidental. En los casos precitados no se encontraron restos de suturas.

3.<sup>a</sup> Puede hacerse el diagnóstico debido de las úlceras gastroyeyunal y yeyunal, por la historia y examen roentgenológico, en la inmensa mayoría de los casos.

4.<sup>a</sup> La frecuencia de los casos comunicados en la última década, se debe á la perfección del diagnóstico y no al aumento de la enfermedad.

5.<sup>a</sup> No pueden obtenerse datos exactos sobre la frecuencia de esta enfermedad, sin un perfecto sistema de observación é investigación. Estos sistemas, que ya existen en algunos hospitales, deberían establecerse en todos ellos.

6.<sup>a</sup> Los resultados operatorios y definitivos son muy buenos. La mortalidad operatoria fué de menos de 10 por 100 y se obtuvo la curación en 83 por 100. De modo que la inmensa mayoría de los pacientes puede curarse permanentemente con una operación secundaria.

7.<sup>a</sup> Quizás sea posible reducir el número de úlceras gastroyeyunales por medio de un ataque más directo contra las úlceras pilórica y duodenal. El perfeccionamiento de la técnica quizás revele que puede tratarse un número crecido por la resección (Billroth I) más bien que por la gastroenterostomía. (Edición Española de *The Journal A. M. A.*, 15 de Septiembre de 1921.)

### TERAPEUTICA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La cuestión del tratamiento de la tuberculosis por la sílice, por el Dr. M. Roth.**—Ha llamado la atención en los últimos años, aunque ya antes se venía haciendo de un modo empírico y casi inconscientemente. Muchos de los co-



cimientos que se daban para tratar enfermedades de los pulmones contenían  $\text{SiO}_2$ . La manera más sencilla de administrar la sílice, es proporcionar alimentos que la contengan en gran cantidad, y entre ellos se encuentran en primer lugar el mijo y la cebada. Un plato de papilla de mijo, que corresponde á unos 20 gramos de granos secos, contiene alrededor de 100 miligramos de  $\text{SiO}_2$ ; en la misma cantidad de cebada en forma de pan ó de sopa, se encuentran unos 160 miligramos de  $\text{SiO}_2$ , en forma soluble. La malta y la cerveza de cebada contienen también sílice en grandes cantidades. Algunas plantas como las ortigas. También se pueden aprovechar las aguas minerales (1). De las combinaciones orgánicas y anorgánicas de sílice, se han empleado, principalmente, el licor de silicato sódico (solución de silicato sódico en agua, de 1,3 á 1,4 de densidad, color transparente ó amarillento, que hoy casi se emplea solo para apósitos), que ha resultado nocivo por el exceso de sodio que contiene y el silicato sódico purísimo de Merck, que ha dado buenos resultados en terapéutica. De todas maneras, se demostró que administrándole puro á los cobayas morían con el cuadro de una enteritis sobreaguda, y á veces con perforaciones, porque tal vez en el intestino se descomponga y con la concurrencia del agua se forma sosa cáustica. Nuevos experimentos demostraron que si á una solución de este preparado se añadía un ácido de muy químicamente inactivo, como el acético, no sólo perdía su toxicidad, sino que se absorbía en cantidad mayor. La preparación que ha ensayado el autor en el hombre le fué proporcionada por la casa v. Heyden y contiene un 1 por 100 de anhídrido silíceo coloidal y como excipiente un coloide protector albuminideo. Es un líquido transparente y siruposo de reacción alcalina y algo astringente. No se puede conservar, porque al cabo de algunos días se precipita. Por lo mismo que su reacción es ácida, no se puede administrar por vía intravenosa; además los experimentos *in vitro* demuestran que así que se pone en contacto con suero sanguíneo engendra precipitados, tal vez por combinarse la albúmina con la sílice. Pero tampoco se pudieron utilizar las inyecciones intramusculares ni subcutáneas, por ser sumamente dolorosas, y el autor tuvo que administrar el medicamento por la boca. Administró en dos veces 10 c. c. diarios, ó sea 100 miligramos de sílice en total. De esta manera el medicamento fué tolerado sin el menor trastorno. Lo primero que el autor trató de investigar fué si este preparado se absorbía y los experimentos le demostraron que sí, pues los individuos que lo ingerían eliminaban con la orina una cantidad de sílice mayor, generalmente doble, de la que habían eliminado antes del tratamiento. Con esto ya se había creado la primera condición para que el medicamento pudiera ser eficaz; que se absorbiera y se eliminase por la orina.

Ahora bien; comparando las modificaciones de eliminación de sílice que provocaba el preparado en personas sanas y en tuberculosas, no encontró diferencia notable entre ambas. Luego estudió las modificaciones que pudiera producir en la absorción y la eliminación de la sílice el tratamiento simultáneo por la cal, pues varios autores habían afirmado que ésta estorbaba la absorción de aquélla; sus experimentos no le permitieron comprobar la certeza de tal afirmación, pues la sílice se seguía absorbiendo y eliminando en la misma forma.

Las modificaciones que encontró en el cuadro hematológico de los tratados por  $\text{SiO}_2$  son las siguientes: 1.ª, con la ad-

ministración de 200 miligramos diarios de  $\text{SiO}_2$  se provoca un aumento sumamente pequeño del número de leucocitos; sólo en contadísimos casos llegó este aumento á 3.000, á 4.000; 2.ª, la fórmula leucocitaria no se modifica ó á lo sumo aumenta ligeramente el número de los linfocitos á costa de los neutrófilos; 3.ª, en el curso del tratamiento, el cuadro hematológico va sufriendo las modificaciones que corresponden á la evolución de la enfermedad; 4.ª, dada la absorción fácil de  $\text{SiO}_2$  era de esperar que su acción sobre la constitución de la sangre fuese más marcada de lo que es, y en vista de lo observado, no es mucho lo que podemos prometernos del aumento de las disposiciones defensivas del organismo y de los cambios de metabolismo por las modificaciones que en la sangre determine el anhídrido silíceo. Por lo demás, salvo dos casos en los que en la autopsia se apreció una fibrosis muy marcada, y eso que el anatómico ignoraba el tratamiento seguido, no se observó el menor efecto del medicamento sobre la marcha clínica de la enfermedad. Ciertamente, los casos observados son pocos, y algunos experimentos en animales hacen afirmar á los autores que los practicaron, que con el tratamiento por la sílice se provoca el enquistamiento de los focos tuberculosos. (*Die Ther. der Gegenwart*, Octubre de 1921.)—A. F.

2. Accidentes séricos acompañados de trastornos cardíacos después de una difteria benigna, por B. Weills Hallé y Pierre-Paul Lévy.—Observación de un niño de seis años que tuvo una difteria faríngea benigna de la que curó rápidamente. A los cinco días de la primera inyección de suero, y después de haber desaparecido la angina, apareció un eritema, precedido y acompañado de arritmia cardíaca y apagamiento del primer ruido. A estos signos se sumaron en un segundo período, dolores articulares. Los síntomas de arritmia, aparecidos los primeros, fueron los últimos en desaparecer. Los autores creen que los trastornos cardíacos deben incluirse entre los accidentes séricos. Podrían atribuirse á la difteria misma, pero en el caso que referimos hay que desechar esta hipótesis, porque los trastornos de corazón consecutivos á la intoxicación diftérica, se observan en los casos graves, cuidados tardíamente. Por otra parte, la arritmia ha sido de aparición muy precoz y no se acompañó de taquicardia, ni de bradicardia, ni de signos de insuficiencia cardíaca. Podían atribuirse también los síntomas observados á un reumatismo articular agudo intercurrente, en que la inflamación articular hubiera sido precedida de manifestaciones cardíacas, pero estos hechos son raros. Mucho más sencillo y más lógico parece el atribuir los accidentes cutáneos, la arritmia, las inflamaciones articulares y el apagamiento del primer ruido cardíaco á una misma causa y relacionarlo todo como accidentes séricos. El carácter primordial de todos estos incidentes es, su corta duración, su evolución en báscula, cesando la arritmia en el momento de las grandes eflorescencias cutáneas, desapareciendo éstas cuando las serosas articulares y endocárdicas estaban lesionadas. Este carácter debe considerarse como la marca del diagnóstico. En cuanto á la arritmia observada, faltando las gráficas y las pruebas de la atropina y del nitrito de amilo, piensan los autores que se debía á un bloqueo sencillo y que no se trataba de una arritmia extrasistólica; á la auscultación no se percibía ningún ruido de extrasístole durante los silencios que sucedían regularmente á períodos de cuatro ó cinco contracciones normales. Estos hechos parecen poder ser atribuidos á una impresionabilidad excepcional del aparato de conducción aurículoventricular (vago y haz neuromuscular introcardíaco). (*Soc. Méd. des Hôp. de París*, 25 de Febrero de 1921).—LUENGO.

(1) Todas las aguas minerales contienen sílice, por lo que muchos hidrólogos y en España el Dr. Pinilla no hacen grupo aparte.



# 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.

##### Conflicto resuelto.—Medida de consolación.

Los asuntos que venían planteados en el terreno de los intereses sanitarios, algunos de ellos revisando carácter de conflictos en sus relaciones con las necesidades públicas, han experimentado pocas variaciones, si se exceptúa aquél planteado entre los llamados *prácticos de Farmacia* y sus patronos, los farmacéuticos, jefes de las respectivas oficinas.

Parece ser que se ha llegado á un acuerdo para que los servicios se reanuden y entren en nueva fase de normalidad, que es lo que nos interesa como médicos y como guardadores del cumplimiento perfecto de las funciones sanitarias, que somos los primeros en sentir por nuestro más inmediato contacto con los enfermos y con el público en general.

En cuanto á si los salarios han de ser más ó menos elevados y si las horas de trabajo podrán ser muchas ó pocas, son cuestiones que atañen á los dependientes y á sus patronos, y cuando ellos han llegado á un acuerdo, claro está que habrán tenido en cuenta sus respectivas conveniencias. Nosotros nos limitamos á hacer notar la ausencia de toda mención respecto á estado ó situación en que se encontrarán en lo sucesivo los alumnos ó estudiantes de Farmacia que en condición de *practicantes* seguran sus carreras en las oficinas particulares, adquiriendo en ellas conocimientos prácticos y destreza en el ejercicio de su profesión, que muy difícilmente podrán adquirir de otra manera. ¿Es que estos estudiantes se consideran comprendidos en las condiciones mismas que los llamados *prácticos*? ¿Quién les garantiza entonces que no tendrán una preferencia para ser admitidos los que no siguen los estudios oficiales, por convenir más al aspecto comercial del asunto los auxiliares permanentes que los que representan un carácter de transitoriedad por el hecho de ser estudiantes que al recibir su título es de suponer que cesen en su condición de *practicantes*? No cremos que esto se haya dejado de tener en cuenta, y en caso contrario sería esta ocasión muy lucida para que el Rector de la Universidad, y especialmente el actual, dejara sentir su influencia en favor de sus alumnos.

Por una nueva Real orden del Ministerio de

Instrucción Pública se dispone que los señores consejeros que estuvieran designados como presidentes de tribunales de oposición por el hecho de ser tales consejeros, y que han dejado de tener este carácter por la desembarazada actividad del Sr. Silió, podrán continuar desempeñando su papel de presidentes, sin ser consejeros, mientras dure el desarrollo de cada una de sus oposiciones.

No sabemos cómo los interesados, á quienes de manera tan poco considerada se ha excluido del Consejo, se prestarán á aceptar esta singular situación en la que parece querérseles consolar concediéndoles ese resto de intervención y esa percepción de dietas á cambio de actuar como consejeros sin serlo en la realidad.

Los aturdimientos y las iniciativas desaforadas conducen á conflictos tan gratuitos como inútiles por no pararse á discernir las consecuencias que las medidas airadas tienen, cuando principalmente las inspira un espíritu sectario y mal aconsejado.

DECIO CARLAN.

#### Estatuto de la Universidad de Madrid

##### II

##### El Dr. Juan Palomo, catedrático.

Ese nombre es representativo. Significa el Claustro ordinario haciendo los Estatutos universitarios, y los Estatutos mismos hechos para exclusivo beneficio crematístico de él: de ahí el *Juan Palomo, yo me lo guiso y yo me lo como*; esto es, que el Claustro ordinario (autónomo de hecho) hace el guiso estatutario-reglamentario y se come á la Universidad de Madrid (autónoma de nombre).

Antes de probarlo, conviene dar á conocer lo que se refiere á caducidad de los derechos de todos los demás elementos universitarios, así docentes como administrativos, igual en lo que atañe á las diversas autoridades de la Universidad como en lo que respecta al Claustro extraordinario (*casta infima* de los doctores matriculados libres é independientes de los catedráticos).

«El cargo de catedrático es inamovible. Su separación será acordada por el Claustro ordinario» (art. 80). «Los profesores extraordinarios y temporales serán suspendidos y destituidos por quien los hubiese nombrado y con los mismos requisitos» (art. 81). «El nombramiento de los profesores agregados podrá ser revocado por el Consejo universitario, dando cuenta al Claustro ordinario. Los auxiliares y ayudantes podrán ser suspendidos y separados por la Junta de Facultad, oyendo á los



interesados, y en los últimos, al *profesor correspondiente*» (art. 83).

«Tendrán carácter de oficiales los *actuales catedráticos y profesores auxiliares*» (art. 58). «*Los actuales catedráticos adscritos* á las distintas Facultades y los que en lo sucesivo se nombren por el Gobierno, con arreglo á las disposiciones vigentes, continuarán prestando servicios en ellas con los mismos derechos, así los actuales como los futuros, que tuvieren reconocidos» (art. 62).

De los doctores matriculados libres é independientes, ya hemos visto cómo los borra en masa del Claustro extraordinario, sin mirar para nada á las disposiciones vigentes ni á los mismos derechos que tuvieren reconocidos, de que habla el art. 62 cuando sólo se trata de catedráticos; á los demás, que les parta un rayo.

Ejemplo al canto: «Art. 23. Corresponde al Consejo universitario: i). Nombrar y separar los funcionarios administrativos y dependientes de la Universidad, ateniéndose á los Reglamentos aprobados por el Claustro ordinario. *El personal administrativo actual podrá ser suspendido provisionalmente*, elevando al Ministerio el expediente incoado».—A semejanza de los doctores libres, tampoco les amparan las disposiciones vigentes, ni tienen ya los mismos derechos que tuvieren reconocidos, á los funcionarios administrativos.

Ello será contra ley, derecho, equidad y razón; pero los destinos no docentes universitarios serán la presa de los «parientes, amigos y testamentarios» de los señores catedráticos, conforme al Título IX, artículos 176 á 197, entre los cuales artículos merecen retenerse, por *suculentos*, los 186 á 191.—Claro es que tales cargos los proveerán los catedráticos... influyentes, caciquistas, oligarcas, camarilleros, etc... para colocar á sus parientes no aptos legalmente para destinos de enseñanza en la Universidad. ¿Quién prohíbe tales favoritismos? No es el art. 176, cuyo texto dice: «La Universidad tendrá un secretario general, un oficial mayor de secretaría y el número de oficiales técnicos y auxiliares que, conforme á las necesidades del servicio, determine el Claustro, á propuesta del Consejo universitario». Ni tampoco el artículo 177, primer párrafo: «Cada Facultad tendrá un secretario y el oficial y auxiliares que, conforme á las necesidades del servicio, determine la Junta, con aprobación del Consejo universitario.»

Ya sabemos que el catedrático y su Claustro ordinario y este mismo fraccionado en Juntas de Facultad, son absolutos, inmutables, infinitos en atributos y eternos en su autonomía. Veamos, no ya las mermadas atribuciones de las autoridades y Consejos de la Universidad (con ser obra del Claustro y recaer los nombramientos en individuos de su seno), sino veamos, digo, cuánto duran los cargos.

El Rector durará cinco años y no se podrá reelegirle hasta que pasen otros cinco desde su cese. Lo mismo el Vicerrector. El nuevo cargo de Asesor jurídico del rectorado, elegido también por el Claustro ordinario, durará tres años. El Decano será elegido de su seno por la Junta de Facultad por tres años, y podrá ser reelegido una sola vez. Veamos ahora la compatibilidad de esos quinquenios y trienios con el sexenio del Consejo univer-

sitario (al efecto, pongo entre paréntesis el tiempo que duran los cargos antedichos): «Art. 21. Integran el Consejo universitario, el rector (cinco años), el vicerrector (cinco años), los decanos (tres años, y son cinco Facultades, número impar), y dos catedráticos de cada Facultad, elegidos por éstas: uno de la mitad más moderna y otro de la más antigua. Estos cargos durarán seis años y se renovarán por mitad cada tres años. Será secretario del Consejo el secretario general de la Universidad (es cargo vitalicio hasta los setenta años de edad).

De modo que lo perpetuo é inmutable es el doctor Juan Palomo, catedrático, individualmente y como miembro doble del Claustro ordinario y de la Junta de su Facultad, más inmutables y duraderos que el profesor Palomo que cesa por muerte ó por jubilación forzosa á los setenta años.

¿Por qué Juan Palomo, catedrático, no ha dicho que las cátedras no son una especie de propiedad quisitaria vitalicia (lo de hereditaria ya lo llegará á ser de hecho, sin que se oponga el derecho escrito)? ¿Por qué el catedrático Dr. Juan Palomo no ha dispuesto que los catedráticos no podrán serlo sino TEMPORALMENTE, mediante contrato con la Universidad, prorrogable por tiempo y siempre que á juicio de las Academias oficiales idóneas ó el Claustro de doctores libres é independientes de la Facultad, hayan dado pruebas de nuevos trabajos científicos importantes y nuevas demostraciones de sus adelantos pedagógicos?

Juan Palomo, catedrático, dejaría de ser el símbolo vivo del que no guisa para los demás, sino sólo para él. Acaso la Ciencia española pura y la enseñanza profesional ganasen mucho y los catedráticos eméritos también; pero Juan Palomo se vería negro para seguir cobrando por lo que no merecía cobrar. La nómina y el cupón son muy cómodos.

Ahora un poco de *Crematística catedrática*.

«Art. 77. La función del catedrático es personal é insustituible.—Estará obligado á dar todos los años sesenta lecciones, como mínimo, distribuidas previamente, según un horario normal, en los dos períodos señalados en el art. 112, independientemente de la dirección de cualquier clase de trabajos que se establezcan como complemento de sus enseñanzas.»

«Art. 112. El año académico comienza el día 15 de Agosto y termina el 14 del mismo mes.—Se dividirá en dos períodos, constituyendo cada uno de ellos un curso completo con matrícula independiente: el primero comprenderá desde el 15 de Agosto hasta el 31 de Diciembre, y el segundo, desde el 1.º de Enero hasta el 14 de Agosto.—Las enseñanzas darán comienzo el 15 de Septiembre, terminando el 20 de Diciembre, en el primer período; y el 1.º de Febrero, terminando el 31 de Mayo, en el segundo.»

Resulta, desde el punto de vista del tiempo empleado por cada catedrático en la enseñanza de un año académico: que el 1.º curso (15 de Septiembre á 20 de Diciembre) dura noventa y seis días, que suman cuatro períodos de veinticuatro días cada uno; el 2.º curso (1.º de Febrero á 31 de Mayo) dura ciento veinte días, que suman cinco períodos de veinticuatro días; entre el 1.º y el 2.º cur-



ses, cuarenta y dos días seguidos sin que el catedrático dé clases; por último, después del 2.º curso, otro período de vacaciones para la enseñanza del catedrático á los estudiantes (1.º de Junio á 14 de Septiembre), vacaciones que suman ciento siete días consecutivos (once días más que todo el 1.º curso, catorce días menos que todo el 2.º curso).

En resumen: días de enseñanza, doscientos diez y seis, *de los cuales hay que deducir los domingos y un diluvio de fiestas oficiales y elecciones públicas*; días sin enseñanza, ciento cuarenta y nueve, en los que se incluyen domingos y fiestas. De los trescientos sesenta y cinco días del año *dejará de haber enseñanza*, por tanto, lo menos en doscientos días; y con enseñanza, lo más, ciento sesenta y cinco días al año.

Entre esos ciento sesenta y cinco días de labor catedrática, el Dr. Juan Palomo dará 60 lecciones de una hora nada menos: los ciento sesenta y cinco días tienen tres mil novecientas horas sin dar clase, y sesenta horas destinadas á dar lección; total, tres mil novecientas sesenta horas. El año entero (no bisiesto) consta de ocho mil setecientas sesenta horas, divididas en ocho mil setecientas sesenta horas *sin lecciones* universitarias y sesenta horas de lección. Con *sesenta horas de lección anuales y ocho mil setecientas horas sin ir á dar una lección*, el Sr. Dr. D. Juan Palomo no demuestra gran entusiasmo pedagógico por la superior cultura científica patria, ni por la instrucción de los estudiantes de carreras profesionales universitarias. Esas *sesenta horas* de enseñanza superior en la autonómica Universidad de Madrid equivalen á *siete jornadas y media de trabajo al año* (jornada de ocho horas). ¿Qué podrá enseñar en ese tiempo el catedrático D. Juan Palomo, aunque sepa muchísimo y tenga el más milagroso sistema pedagógico de su invención? ¡Ah, Dr. Juan Palomo, catedrático, vales muchísimo! ¿Cuánto, según tu apreciación?

«Art. 65. La escala normal de sueldos de los catedráticos será: entrada, 10.000 pesetas; á los cuatro años de servicio, 11.500; á los nueve ídem, 14.000; á los catorce ídem, 16.000.»

Divididos esos sueldos por el número de horas de trabajo en Cátedra, *ante los estudiantes*, la remuneración horaria correspondiente es de 166,66 pesetas, 191,66 pesetas, 233,33 pesetas y 266,66 pesetas; y el salario por *jornada de ocho horas* sería, respectivamente, de pesetas (despreciando los céntimos) 1.333 pesetas, 1.533 pesetas, 1.866 pesetas y 2.123 pesetas. ¡Bonito servicio por hora y por jornada de ocho horas! Aún hay que agradecer al catedrático Juan Palomo su preferencia á holgar, ó á conseguir otros emolumentos por medios diferentes, á explicar las *sesenta horitas* oficiales de su cargo. Si en lugar de sesenta horas llega á imponerse *seiscientas* nada más, hubiera tenido que cobrar pesetas 100 000, de entrada, y luego 115.000 á los cuatro años, 140.000 á los nueve y 160.000 á los catorce años de Cátedra. Prefiere holgar á lucrarse con exceso.

¡Un millón de gracias por su desprendimiento! Y con tan poquito trabajo de los catedráticos, costará poquísimo trabajo á los estudiantes el estudiar para médico, abogado, farmacéutico, profesor de letras ó profe-

sor de ciencias. Si además se rebajase el número de años de carrera y quedaran suprimidos los exámenes de asignaturas y subsistieran extinguidas las reválidas de grados (según lo hizo un sapientísimo ministro, Julio Burell)..., entonces daría gusto ser catedrático (no enseñar) y ser estudiante (no aprender), con sus correlativos de cobrar (el catedrático) y pagar (el estudiante, ó su papá).

Con sesenta horas de cátedra oficial al año, el insigne Dr. Juan Palomo tiene casi toda su vida útil (*útil* para él y su familia) en disposición de hacer y estudiarse Reglamentos, bullir, agenciarse *carguitos y encarguitos docentes y administrativos y editoriales* para él mismo, para sus chicos, yernos, sobrinos gravosos, hermanos, primos, etc., etc., brujulear, hacerse jefe de una *familia feliz*, como la de aquel personaje político español que tenía colocados más de medio centenar de *deudos y deudas* en España y sus Indias.

Tonto sería Juan Palomo, catedrático, si no supiera formarse una *familia feliz*; y no tiene pelo de tonto, pues que *ha hecho un Estatuto y hará unos Reglamentos* pintiparados para crear tales familias universitarias. No, no es tonto Juan Palomo; los tontos somos los demás, empezando por los ministros, los Parlamentos y la Prensa, que no le vayan á la mano para impedirlo.

En el siglo XIX hubo también en España su poquito de autonomía universitaria, y sus efectos los describió mi venerado maestro y amigo paternal el Dr. D. Federico Rubio en sus Memorias de niñez y juventud publicadas por su hija con el rótulo de *Mis maestros y mi educación*. De ellas tomo unos párrafos que señalan hechos ocurridos en su tiempo de estudios en la Facultad de Medicina de Cádiz, allá por el año de 1845; las cifras puestas al final indican el número de la página. Yo he subrayado lo que va de bastardilla y versalita.

«En nuestros tiempos, D. José María López resulta un pequeño trasunto del histórico Verres; cuarenta años atrás, *era un catedrático como tantos otros en esto de inventar socaliñas para pasar la vida* (301).»

«Por aquel entonces fué nombrado director de trabajos anatómicos D. Vicente Domínguez. Plaza de nueva creación, su nombramiento alteraba las *prerrogativas del Claustro*. Excepto D. José María López, nombrado de Real orden, *la costumbre establecida era entrar por oposición*, formando el tribunal TODO EL CLAUSTRO, y eligiendo EL CLAUSTRO MISMO al candidato, sin más que la *posterior aprobación* del Gobierno. Domínguez fué recibido cortés, pero fríamente, viéndose desligado de cierto OLIGARQUISMO que por tradición formaban los maestros. Tal espíritu ofrecía allí sus ventajas y sus inconvenientes, UNO DE ELLOS LA TENDENCIA A LA CASTA: *los hijos de los catedráticos salían siempre victoriosos, y en su defecto los cuñados, ó los novios de las hijas* (335).»

«—A propósito, me alegro de este cambio. Va usted á empezar deshaciendo una injusticia. En el Colegio existe arraigada la costumbre de convertirlo en patrimonio familiar. Allí no entra nadie como no sea hijo ó sobrino de catedrático. A mí me miran de reojo porque he sido nombrado fuera de la familia. Se acaban de hacer oposiciones á una plaza de ayudante disector, y han puesto



en primer lugar á un hijo del catedrático D. Imperial Iguiño. Es muchacho instruído y listo, pero muy corto de vista y no sabe disecar. Mas, como tiene el padre alcalde, han postergado al otro opositor que diseca bien y sabe mucha Anatomía. Sólo falta que se reúna el Claustro, y se extienda el nombramiento. Pero, como ahora las cosas han variado, no es al Claustro ni al decano, sino á usted, á quien compete el nombramiento; pudiendo deshacerse la parcialidad y nombrar al segundo, pues los actos de los dos fueron aprobados y con la misma calificación de sobresalientes.» (340).

¿No es preferible una historia fiel á todas las profesías? Yo no quiero meterme á profetizar nada y prefiero acudir á testigos de la antigua autonomía universitaria española.

El Dr. D. Juan Palomo, catedrático y autor del Estatuto de la Universidad de Madrid, nos dirá lo que ha ocurrido en su obra para crear la familia feliz universitaria, en mayor ó menor número. Tal será el asunto del próximo artículo.

DR. LUIS MARCO

Del Claustro extraordinario y del electoral.

## EL MÉDICO

FOR EL

DR. JOSÉ MARÍA BARAJAS

Ilusiones forjadas durante los tiempos de carrera en los cuales la noche no proporcionó el descanso que requerían los años mozos; libros y más libros se agolpaban ante la mesa de la casa de huéspedes ó ante la cómoda butaca de amplia habitación del compañero aristócrata que quiso, quizás por capricho, ó quizás por espíritu sacerdotal, seguir los estudios de los que han tratado de redimir á la humanidad desde los tiempos más remotos. Así pasó el tiempo y nuestra juventud, encontrándonos médicos cuando apenas éramos hombres, y en el transcurso del tiempo, unos sucumbieron víctimas del deber en accidentes, epidemias y guerras, algunos abandonaron la profesión con la ingratitud del que jamás amó, y otros, los que encontramos labrado el surco por donde habíamos de pasar para obtener el triunfo en la lucha por la existencia, seguimos al pie del cañón, íntimamente ligados á los libros, ¡oh! íntimos amigos y fieles consejeros, que en todas las ocasiones os portásteis bien equitativamente, sin que las luchas y pasiones humanas perturbasen vuestro honrado consejo que, al ponerlo en práctica, tan sólo éxitos nos reportase, por más que en ocasiones vemos en vuestras páginas el destrozo de una ilusión ó más bien la confesión de nuestra pequeñez ante las crueles y frías razones de un pronóstico sombrío, porque nosotros los que consagramos nuestros esfuerzos á tan sublime ejercicio, somos legionarios de un gran ejército dispuesto á sucumbir porque hemos de luchar contra la muerte.

La amistad con los demás hombres siempre nos

proporciona consultas no remuneradas, porque casi siempre nuestros amigos están enfermos, y si alguna vez acertamos con la terapéutica de su afección, desaparecen rápidamente de nuestra vista, porque nuestro remedio no tuvo importancia al lado del milagro obtenido por una venerada imagen que hasta entonces tuvo aparentemente abandonado el cuerpo pecador de nuestro amigo.

Otras veces, bien en la visita familiar como en el trato social, con cualquier motivo surge el médico ante el visitado y vemos convertirse en consulta honoraria lo que tan sólo fué una manifestación de sociabilidad: el médico no tiene derecho á tener amigos porque carece del tiempo necesario para ello, pues hasta en la noche la enfermedad tiene pretextos para desperezarle y arrancarle del hogar querido mientras los demás duermen, ¡oh sarcasmo!, los que más duermen son los que al amanecer el nuevo día, más duramente juzgarán al doctor si por desgracia fué vencido en la lucha contra la naturaleza desviada, sin pensar ¡ignorantes! que jamás otra persona más que el médico penetró en los últimos rincones del corazón que supo confiarle enfermedades, quebrantos, penas y las menos de las veces satisfacciones, y cuando alguna vez al salvar á un niño aprisionado por las garras de la muerte se lo pudimos entregar al cariño de la madre, ninguna otra persona pudo saborear la retribución otorgada en el rudo abrazo de un hombre de bien ó en la bendita lágrima de una madre.

Y de este modo pasan los días, y al mirar nuestras consultas plétóricas de seres que sufren, se acrecienta nuestro apego á la vida, mientras ellos esperan impacientes la opinión del médico seguros de que en ella han de encontrar el remedio para estar sanos; ¡bendito sacerdocio que sirves para sembrar ilusiones y amores en aquellos cuerpos exterminados por el infortunio y la enfermedad, mientras tanto que la vida ríe!

## EL PROFESOR FANO EN MADRID

El profesor Julio Fano, miembro de la Academia de Linceos de Roma, decano de la Facultad de Ciencias, senador del Reino, durante veinte años catedrático de Fisiología de la Universidad de Florencia, sucesor en ella de Luciani y de Schiff, es universalmente conocido por sus estudios sobre los fenómenos eléctricos de la contracción cardíaca, sobre los mecanismos de inhibición y por la genial intuición de las correlaciones humores y de los fenómenos de inmunidad. De su escuela han salido los mejores fisiólogos italianos contemporáneos, Bottazzi, Hertitska, Ducceschi, nombres ya universalmente estimados. Debía el profesor Fano representar á su país en el Congreso de Medicina de hace dos años, y para ello había sido entonces invitado por nuestro malogrado compañero el catedrático de Fisiología D. José Gómez Ocaña. No pudo entonces acudir y la Facultad no ha querido renunciar á la honra de tenerle aquí y de escuchar la autorizadísima palabra del ilustre maestro italiano.

El profesor Fano ha dado en la Facultad de Medicina dos magníficas conferencias. Presentado por el ilustre rector de la Universidad, profesor Carracido, ha desarrollado dos



temas de Biología general, el primero sobre la bioquímica de la materia viva, el segundo sobre los mecanismos de inhibición, con una genialidad y una profundidad de conocimientos al propio tiempo, que dejaron honda impresión en el auditorio.

El profesor Fano realiza actualmente un viaje por Andalucía. A su regreso á Madrid quizás dé una conferencia en el Ateneo. Luego irá á Barcelona, invitado por aquella Sociedad de Biología para dar un breve curso de lecciones.

Enviamos el saludo cordial de EL SIGLO MEDICO al eminente fisiólogo.

### ¿Puede uno ponerse enfermo de noche?

Para dar una idea de cómo en Francia se encuentra planteado el problema de los servicios farmacéuticos, que también á nosotros ahora nos preocupa, reproducimos el artículo de impresión que uno de los más populares diarios de París publica.

Pero como *dato* positivo y experimental citaremos el hecho de que, en el último mes de Mayo, hallándonos en París con un enfermo de nuestra familia, y teniendo necesidad de adquirir un medicamento (que costaba dos francos) á las nueve de la noche, tuvimos que gastar más de 20 en automóvil, hasta encontrar, primeramente, el Centro de Policía, en que nos informaran, y luego la farmacia á quien correspondía el servicio.

Si esto es progreso, ¿á qué se llamará retroceso?

Aquí sí que puede uno ponerse enfermo de noche:

«Desde ahora puede uno enfermar de noche. Esto no quiere decir que los riesgos de morir no sean los mismos de antes, pero por lo menos tendremos la esperanza de podernos procurar, con toda brevedad, la panacea de la cual esperamos recobrar la salud.

Una orden prefectorial dictada hace poco, tiende á mejorar el servicio farmacéutico durante la noche. En todas las Comisaría estará (anunciada y en sitio visible) la lista de farmacias abiertas:

- 1.<sup>a</sup> Hasta las diez de la noche.
- 2.<sup>a</sup> Toda la noche.
- 3.<sup>a</sup> Los domingos y fiestas.

Estos informes serán igualmente dados por teléfono (si es que se logra la comunicación) bien por la Dirección de policía municipal, bien por las Comisaría de barrio. En el caso de no poder ir uno mismo en el acto por una receta que dé el médico, un agente ciclista se encargará de ello, así como de llevarlo después á domicilio.

¿Quién podrá experimentar temor de tener una apoplejía ó un síncope para experimentar la eficacia de estas órdenes?

Ciertamente estas órdenes son excelentes y poco les falta para ser perfectas. Solamente esto: que el número de farmacias abiertas durante la noche sea suficiente. Por el momento la lista será fácil de ponerla en sitio visible, pues hasta ahora sólo cuenta de tres señas, y estas tres se encuentran en el centro de París. ¡Desgraciado del que sufra de un ataque de nervios en la plaza de Italia ó en Passy!

Hoy por hoy lo corriente es que las boticas se cie-

rren á las siete de la tarde. Después de pasada esta hora es imposible hacerse abrir, pues el timbre de noche es nulo desde la guerra. Antiguamente había gente que abusaba de él para ir á las tres de la mañana por manzanilla ó por ruibarbo. Algunos guasones han llegado hasta hacer levantar á un farmacéutico á media noche para comprar una botella de agua mineral, y llevar su guasa hasta el extremo de volverle á hacer levantar de nuevo una hora después para devolverle el casco. Ahora, los farmacéuticos pueden dormir tranquilos, pero hay que andar muchas veces leguas para conseguir los medicamentos de que tantas veces depende la vida de un enfermo.

En primer lugar se pensó arreglar estos inconvenientes, creando en cada Comisaría de distrito una pequeña farmacia de urgencia ya existía una, pero insignificante, en la cual estaría de guardia toda la noche un practicante, pero esto presenta serios inconvenientes, y uno de ellos, el que teniendo París 80 Comisaría, aunque no se diera al practicante más que 20 francos por noche, esto representaba la suma de 584.000 francos que no tienen consignación en el presupuesto.

Pero no es ésta la dificultad mayor que tiene este proyecto: un practicante no tiene oficialmente facultades para preparar una receta, claro está que en las farmacias las preparan, pero siempre es bajo la dirección de un farmacéutico y asumiendo éste todas las responsabilidades.

Luego el único medio de arreglar esta cuestión es aumentar el número de farmacias con servicio de noche. El jefe de policía va á rogar á los farmacéuticos que estudien esta cuestión que interesa tan justamente al vecindario y es de esperar que pronto tenga una solución satisfactoria para todos.

Desde la solución de este conflicto podremos ponernos malos cuando nos parezca, y si nos morimos, será sola nuestra la culpa.»

### LAS BRIGADAS SANITARIAS PROVINCIALES

POR EL

DR. MARTIN SALAZAR

Con motivo de la campaña de Marruecos, que justamente absorbe la atención de las gentes, ha pasado desapercibida para la Prensa la publicación de dos Reales órdenes del Ministerio de la Gobernación, una del Sr. Bugallal y otra del señor conde de Coello, sobre la creación de brigadas sanitarias en las provincias, las cuales representan un positivo progreso en la organización de nuestra sanidad pública.

Los que se dejan impresionar por los acontecimientos emocionales, como sucede ahora con la guerra, y se conmueven ante los centenares de bajas que los moros ocasionan a nuestras tropas, se olvidan de que esas pérdidas de vidas no son nada si se comparan con las miles y miles que constantemente sufrimos por enfermedades evitables, sin que nadie se emocione por ellas ni se ocupe en ponerles el adecuado remedio.

Es verdad que la mayoría de las gentes no saben



que España, en materia sanitaria, es una excepción de Europa y los demás países civilizados de América. Nuestra mortalidad general asciende á 23 ó 24 por 1.000, cuando en Inglaterra y los países centrales de Europa, antes de la guerra, era de 15; la de los países escandinavos, de 13; la de Australia, de 10, y la de Nueva Zelandia, de 8 por 1.000. Es decir, que tomando el tipo medio de la mortalidad de los países civilizados, se nos mueren á nosotros más del doble de los que se nos debieran morir.

Sólo de tuberculosis se mueren al año cerca de 40.000 personas. De fiebre tifoidea, que es una enfermedad perfectamente evitable, perdemos de 8 á 9.000, cuando en algunos países bien higienizados del Norte de Europa ya casi no existe tal dolencia.

La mortalidad de la infancia entre nosotros es verdaderamente espantosa. Puede decirse que, comprendidos hasta la edad de cinco años, se nos mueren anualmente unos 200.000 niños. ¡Dígame qué guerra, por mortífera que sea, es comparable á esta sangría suelta de nuestra mortalidad infantil!

Este estado de cosas depende de la falta de organización sanitaria del país y de la escasez de medios para luchar contra el desarrollo de las enfermedades infecciosas y epidémicas, que son las que ocasionan este exceso de mortalidad á que nos referimos.

El mayor error en esta materia, como en otras muchas de nuestra Administración pública, consiste en esperar todo del Estado y en abandonar á una disociación y á una anarquía censurables las iniciativas particulares ó colectivas, sin que nadie se cuide de asociarlas, de armonizarlas y conducir las hacia su natural fin útil.

Un ejemplo claro de esto último es lo que está pasando ahora con los infinitos ofrecimientos que de todas partes surgen á favor de la sanidad del Ejército, los cuales son, en gran parte, desaprovechados porque no hay quien los recoja, los organice y los aplique metódicamente en defensa de la salud de las tropas que operan en Marruecos. ¡Cuántas cosas útiles para la salud de los soldados podrían enviarse á Melilla, en lugar de tantas maritatas inútiles como cuentan los periódicos, si los generosos donantes fueran advertidos previamente de las verdaderas necesidades sanitarias del Ejército expedicionario! Y esto que pasa en este caso particular con los esfuerzos aislados de los individuos que, por falta de asociación y de organización, resultan estériles, ocurre también en materia sanitaria con los Municipios, que se empeñan en no asociarse ni sumar sus esfuerzos para defender la salud de sus ciudadanos y luchar contra las enfermedades epidémicas de la provincia ó de la región.

España es el país más individualista de Europa, y en esto estriba la gran dificultad de su civilización. Mo-

tivos históricos y de raza nos han llevado á esa tendencia al aislamiento individual, que nos priva de multiplicar el esfuerzo útil que podrían rendir los individuos si éstos se asociaran y dirigieran sus energías colectivamente hacia un determinado fin.

Aparte los grandes núcleos de población que forman las capitales de provincia y alguna que otra urbe aislada de importancia, nuestra nación está constituida por numerosos Ayuntamientos de corto número de habitantes y escasos recursos económicos para atender á sus necesidades municipales. La consecuencia de esto es que casi ninguno tiene atendidos sus servicios sanitarios, y que las enfermedades infecciosas y epidémicas hacen en ellos los más grandes estragos, sin que se apliquen por nadie los medios con que la ciencia moderna cuenta para evitarlos.

Inútil es que la ley del 55 y la Instrucción de Sanidad del 94 exijan á todos los Municipios, chicos y grandes, que tengan un lugar dispuesto para aislar los enfermos contagiosos, que cuenten con medios de desinfección, de vacunación, de esterilización de las aguas, etcétera, porque la escasez de recursos, de una parte, y la mala administración municipal, de otra, regida por caciques políticos, que atienden más á su medro personal que á los intereses del vecindario, hacen ilusoria la defensa sanitaria de los pueblos.

Pues bien; para poner remedio á este estado de cosas no hay otro recurso que hacer que se asocien los Municipios para fines sanitarios, y que juntos constituyan un organismo provincial de carácter colectivo, dispuesto á acudir pronto á cualquier sitio de la provincia donde surja un foco epidémico ó sea necesario atender una necesidad cualquiera de la salud pública. De este modo, con un relativo pequeño sacrificio, puede contar cada Ayuntamiento, por pequeño que sea, con un auxilio efectivo, llegado el momento de una epidemia ó de una perturbación cualquiera de su estado sanitario.

Estas brigadas sanitarias están funcionando ya con éxito en ciertas provincias, como las de Madrid, Segovia y Valladolid, y es de esperar que en breve plazo se organicen y funcionen las demás, con sus ambulancias automóviles para conducir el material y el personal, sus medios de diagnóstico, de desinfección, de aislamiento y conducción de enfermos, de vacunas y sueros preventivos y curativos, etc.

Cuando estas brigadas estén organizadas en todas las provincias, constituirán seguramente el sistema de defensa sanitaria más importante de la Nación.

Una de las funciones más interesantes de esas brigadas, tal como yo lo concibo, será su misión educadora de los pueblos en materia sanitaria. Hay que luchar sin descanso contra la ignorancia de las gentes en todo lo que atañe á la defensa de la salud y de la vida, que es el principal obstáculo que se opone á nuestro progre-

# BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estafío coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.



so sanitario, y nadie podrá cumplir mejor y con más facilidades este cometido que el personal de estas brigadas, que, á más de llevar consigo medios materiales de acción que entran por los sentidos, pueden ejercer un permanente apostolado en los pueblos que visitan, enseñando á las muchedumbres ignorantes las verdades sanitarias más sencillas y elementales. Mi ideal en este punto es que cada brigada llegue á estar provista de un aparato cinematográfico transportable, con numerosas películas que representen los principales asuntos sanitarios, y que funcionando, por ejemplo, en la plaza pública, pueda dejar en la pupila de los curiosos espectadores, la impresión de un sinnúmero de ideas útiles para la defensa de la salud del vecindario. Nada influye más sobre los cerebros de las multitudes que lo que se hace entrar por sus propios ojos.

Empero estas brigadas sanitarias no vivirán vida propia y fecunda, mientras no estén asistidas de la opinión de las gentes cultas é ilustradas y no sepan atraerse, además, la colaboración social de la caridad pública y la de aquellos otros organismos particulares y oficiales que, como por ejemplo la Cruz Roja, tienen un fin análogo á ellas.

Mi tesis constante y fundamental es que la sanidad pública es una función social ó colectiva; es decir, que no depende sólo del Estado, ni de las provincias, ni de los Municipios, sino que requiere la actuación conjunta de todos los ciudadanos; en la inteligencia de que la contribución individual aislada es tan importante y necesaria como la del propio Estado. Las naciones más adelantadas en materia sanitaria, Inglaterra, Alemania, los Estados Unidos, son precisamente aquellas en que la participación ciudadana en asuntos de sanidad pública es más intensa y señalada.

De ahí, además, mi idea, tantas veces repetida, de que la higiene debe ser materia de educación popular y enseñarse en las escuelas primarias, comenzando por incluirla en los programas de las Normales, donde con la debida extensión debe ser enseñada á los maestros por médicos higienistas reputados. No se comprende, sino por un inversión extraña del valor relativo de las cosas, que se enseñe á los niños en nuestras escuelas un sinnúmero de cosas fútiles, sin ninguna aplicación en la vida, y que, en cambio, no se les dé noción ninguna de los más sencillos y elementales medios de defender su salud y protegerse de las enfermedades. ¡Así anda la enseñanza primaria en España tan disociada de la realidad de la vida!

Las brigadas sanitarias necesitan, como ya hemos dicho, de la colaboración social, y esta colaboración puede estar principalmente representada por la ayuda de las organizaciones que la Cruz Roja tenga en cada una de las provincias.

En esta colaboración social que requieren las bri-

gadas sanitarias provinciales corresponde muy principal papel á los médicos de los pueblos, así á los que ocupan puestos de la Sanidad oficial; como son los inspectores municipales y subdelegados, como á los médicos libres, que en el desempeño de la función social que les corresponde deben contribuir con sus luces y su influencia acerca de los enfermos que asisten y las familias de éstos á que se cumplan los preceptos higiénicos y á que tengan la mayor eficacia posible los diversos medios materiales con que cuentan las brigadas para luchar contra las epidemias.

Otra colaboración que hay que alcanzar á fuerza de predicar y de excitar la caridad pública en favor de las obras sanitarias, es la cooperación de los filántropos y de las personas generosas que quieran gozar de la satisfacción de hacer algún bien á sus semejantes, los cuales, con más sentido humanitario y más utilidad que en cualquier otra cosa, podrían dedicar sus donativos á favorecer el desarrollo de estas instituciones higiénicas que tienen por objeto salvar á muchas gentes de la enfermedad y la muerte por medios profilácticos ó preventivos, que son más eficaces siempre que los terapéuticos ó curativos. La beneficencia pública de nuestro país no está orientada todavía en este sentido, y esto es debido á que no se les enseña á las personas caritativas y filantrópicas que es más útil precaver que curar y que más vale prevenir el dolor en el mundo que no quererlo remediar después de producido y cuando muchas veces no tiene alivio. El Instituto Pasteur, de París, y el de Rockefeller, de Nueva York, por ejemplo, con sus estudios é investigaciones, y los medios profilácticos inventados por ellos, salvan más vidas y evitan más dolores á la Humanidad que miles de hospitales juntos. Es preciso, pues, dirigir ese movimiento sentimental de las gentes que les impulsa á realizar obras de beneficencia y de caridad, en el sentido de fundar instituciones de higiene social, y á este orden, precisamente, pertenece la creación de estas brigadas sanitarias en las provincias, que en los presentes momentos tanto necesitan de fomento y protección por medio de una intensa propaganda de Prensa y de una extensa colaboración social unida á la mancomunidad de los Municipios.

(De *El Imparcial*.)

## NUEVO SANATORIO

Amablemente invitados por el Consejo del Sanatorio de la Fuenfría, acudimos á visitar el edificio que ha de inaugurarse uno de estos días; y aunque ya teníamos noticia de que se trataba de un establecimiento de primer orden, con todo lo que hoy exige tanto la ciencia como el confort, quedamos realmente sorprendidos ante la magnificencia del establecimiento y los

# TOLUDEN

Pelrid's C., New-York.

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

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



innumerables detalles que acompañan á sus múltiples instalaciones.

Se trata realmente de algo que se sale de lo hasta ahora conocido, y se ve que en nada se ha reparado para que resulte á satisfacción del más exigente, de manera que en adelante nuestros enfermos no tendrán que ausentarse para atender á su salud quebrantada.

El lugar que se ha elegido como emplazamiento está especialmente resguardado del viento y desde él se divisa un paraje delicioso, á lo que hay que agregar la frondosidad del bosque que rodea al sanatorio, la abundancia de agua y la proximidad á la estación de Cercedilla (dos kilómetros y medio).

Merecen especial mención la amplitud de las galerías de cura, tanto particulares como generales, á los dos lados del edificio, que permiten se pueda hacer la cura de aire tanto al Sur como al Norte, según las estaciones. La sala de rayos X, la de operaciones, el laboratorio, son los que corresponden á un establecimiento en donde se trabaje de acuerdo con lo que las corrientes modernas señalan en la ciencia.

La parte de hostelería consta de una porción de modernas instalaciones de un especial interés. Creemos, en fin, que todo ello merece la pena de hacer un viaje á Cercedilla con el exclusivo objeto de pasar un par de horas agradablemente visitando un sanatorio modelo, que podemos decir sin hipérbole que no conocemos hoy en el Extranjero nada que le supere.

La idea se debe á nuestro querido compañero el Dr. Félix Egaña, que ha de tomar la dirección médica.

Altamente complacidos salimos de nuestra visita, y á la vez que damos las gracias al Consejo, le auguramos y deseamos una vida próspera, que bien se merece por haber llevado á la práctica una obra humanitaria y social en unos términos á que realmente no estamos acostumbrados, siendo de desear que otras empresas vengán á continuar la corriente que desde hace algún tiempo parece, por fortuna, acentuarse hacia la creación de sanatorios, cuya necesidad resulta cada día más evidente.

### Sección oficial.

## MINISTERIO DE GRACIA Y JUSTICIA

### REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Vista la instancia elevada á ese Centro directivo por el médico del Registro civil del distrito de la Audiencia de Barcelona, D. Juan de Simón Martínez, en la que solicita le sea otorgada la situación de excedencia del cargo que sirve y en otro caso se le acepte la renuncia del mismo;

Atendido que si bien no existe disposición que autorice expresamente la concesión de excedencia, tampoco la prohíbe ninguna de las vigentes sobre el particular; y como

quiera que esta situación está reconocida legalmente para casi todos los funcionarios y empleados públicos, y bien pudiera, por equitativa analogía, aplicarse á los médicos el Registro civil,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer que pueda concederse á los médicos del Registro civil la situación de excedencia, limitándola á un plazo de dos años, prorrogable por otros dos, y con el solo derecho de reingreso cuando existiera vacante en la ciudad en que prestaron sus servicios, nunca en otra, y que declarada la vacante por tal causa, se proveerá en la forma que establece el Real decreto de 4 de Enero de 1915, ó sea en el suplente más antiguo, siendo las resultas en esta clase de libre nombramiento.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 18 de octubre de 1921. — *Francos Rodríguez*. — Señor director general de los Registros y del Notariado. (*Gaceta* de 5 de Noviembre.)

## MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

### REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Habiéndose elevado á este Ministerio reiteradas consultas sobre el alcance del Real decreto de 14 de Octubre último en relación con los señores consejeros de Instrucción Pública que, designados con tal carácter para presidir Tribunales de oposiciones á Cátedras, han dejado de pertenecer al Consejo en virtud del citado Real decreto sin haber convocado á los opositores,

S. M. el Rey (q. D. g.), teniendo en cuenta los perjuicios que á la enseñanza y á los opositores á Cátedras habrían de causar las inevitables demoras impuestas por la tramitación legal de los nuevos nombramientos, se ha servido disponer que los aludidos ex consejeros continúen encargados de la presidencia de los Tribunales para que fueron nombrados, actuando únicamente para tales efectos con el carácter que motivó su designación.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 5 de Noviembre de 1921. — *Silió*. — Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 9 de Noviembre.)

Con arreglo á lo dispuesto en el Real decreto de esta fecha, han sido nombrados:

Presidente del Consejo de Instrucción pública, D. Francisco Bergamín García, exministro de la Corona.

Consejero presidente de la Comisión permanente del Consejo de Instrucción pública, D. Elías Tormo y Monzó.

Consejeros á los señores siguientes:

Adscritos á la Sección 1.ª:

Señor Obispo de Madrid-Alcalá (consejero nato).

D. Rufino Blanco, profesor de la Escuela de Estudios Superiores del Magisterio.

D. Casto Blanco Cabeza, profesor de la Escuela Normal Central de Maestros.

Dña María A. Rincón Lazcano, maestra regente de la Escuela graduada aneja á la Escuela Normal Central de Maestras.

## FIRMUGENOL

(Nombre registrado.)

## ESPECÍFICO DEL ESCROFULISMO

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

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



D. Manuel Bartolomé Cossio, director del Museo Pedagógico Nacional.

D. Jesús Sarabia y Pardo, académico de la Real de Medicina.

D. Eloy Bullón y Fernández, exdirector general de Primera enseñanza.

D. José Rogerio Sánchez, exinspector general de Primera enseñanza.

Adscritos á la Sección 2.ª:

D. Ignacio Suárez Somonte, catedrático de la Sección de Ciencias del Instituto del Cardenal Cisneros.

D. Manuel Zabala y Urdániz, catedrático de la Sección de Letras del Instituto de San Isidro.

D. Juan Flórez Posada, profesor de la Escuela Central de Ingenieros Industriales.

D. Ricardo Bartolomé y Mas, profesor de la Escuela Central de Intendentes Mercantiles.

D. Ramiro Suárez y Bermúdez, profesor de la Escuela Industrial de Madrid.

D. Ramón Ruiz Amado, profesor de Centro de Enseñanza no oficial.

D. Angel Salcedo y Ruiz, académico de la Real de Ciencias Morales y Políticas.

D. Francisco R. de Uhagon, Marqués de Laurencín, académico de la Historia.

Adscritos á la Sección 3.ª:

D. Vicente Lampérez y Romea, profesor de la Escuela de Arquitectura de esta Corte.

D. Miguel Blay y Fábregas, profesor de la Escuela de Pintura, Escultura y Grabado.

D. Conrado del Campo y Zabaleta, profesor del Real Conservatorio de Música y Declamación.

D. Francisco Rodríguez Marín, director de la Biblioteca Nacional.

D. Aureliano de Beruete y Moret, director del Museo Nacional del Prado.

D. José Ramón Mélida y Alinari, de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando.

D. Manuel Gómez Moreno, de la Real Academia de la Historia.

D. Ricardo León y Román, de la Real Academia Española.

Adscritos á la Sección 4.ª:

D. Adolfo Bonilla San Martín, catedrático de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Central.

D. Blas Cabrera y Felipe, catedrático de la Facultad de Ciencias.

D. Rafael Altamira y Crevea, catedrático de la Facultad de Derecho.

D. Ramón Jiménez y García, catedrático de la Facultad de Medicina.

D. José Rodríguez Carracido, catedrático de la Facultad de Farmacia.

D. Juan M. Díaz Villar, profesor de la Escuela de Veterinaria.

D. José Gascón y Marín, exdirector de Primera Enseñanza.

D. Ignacio Bolívar y de Urrutia, de la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales.

Dado en Palacio á 14 de Octubre de 1921.—ALFONSO.—  
El ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, César Si-  
lió. (Gaceta del 15 de Octubre.)

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 713,3; ídem mínima, 704,3; temperatura máxima, 17,4; ídem mínima, 3,8; vientos dominantes, SO. NE.

Siguen aumentando en frecuencia los estados catarrales de localización en las vías respiratorias y los estados febriles por enfriamiento ó por predisposiciones reumáticas. Comienzan á presentarse algunas pleuresías y pleurodinias.

En los niños siguen aumentando las bronquitis benignas. El sarampión y la escarlatina no han aumentado.

### Crónicas.

**Interesante á nuestros suscriptores.**—Estando preparados los giros contra aquellos suscriptores que aún están en descubierto por el corriente año, se lo advertimos por si prefieren hacer el abono por giro postal ó sellos de correos descontando los gastos de envío, pues de lo contrario nos veremos obligado á cargarles una peseta por los gastos que nos supone la letra y quebrantos del banquero.

**Vacantes de internos en la Facultad de Sevilla.**—Se hallan vacantes en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, 21 plazas de alumnos internos no pensionados, con derecho á ocupar vacantes de numerarios con sueldo, las cuales han de proveerse por oposición, con arreglo á lo dispuesto en el reglamento aprobado por el Rectorado de esta Universidad con fecha 15 de Julio de 1919.

Dichas plazas corresponden á la Sección de Clínicas generales, 20; Sección de Laboratorios (Cátedras de Histología y Anatomía Patológica), uno.

Para ser admitidos á estas oposiciones, se requiere ser español, no hallarse incapacitado para ejercer cargos públicos y ser alumno matriculado oficialmente en aquella Facultad de Medicina.

Los que hayan de solicitar estas oposiciones, deberán tener aprobados los tres primeros años de Facultad.

Los alumnos que obtengan plaza de interno no pensionado, tendrán derecho á ir ocupando las vacantes que se produzcan de numerarios con sueldo, ascendiendo por orden riguroso de la propuesta que formule el Tribunal respectivo y á la rebaja de los derechos del título que conceden las disposiciones vigentes, según el tiempo que hayan prestado servicio gratuitamente.

Las instancias debidamente documentadas se presentarán en el Negociado respectivo de esta Secretaría general, en el plazo improrrogable de veinte días, contados desde aquél en que aparezca publicado este anuncio en el *Boletín Oficial* de la provincia (*Boletín* del 29 de Octubre), en los días hábiles de oficina desde las diez á las catorce.

**Servicio antipalúdico en Marruecos.**—El *Diario Oficial del Ministerio de la Guerra* publicó el día 3 de Octubre la siguiente Real orden:

«El Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que, dependiente del alto comisario de España en Marruecos, y con la denominación de «Servicio antipalúdico», se cree dicho servicio en los territorios de Ceuta-Tetuán y Larache, ajustándose á las bases siguientes:

Primera. El jefe del laboratorio de análisis de los grupos de hospitales de Ceuta lo será á su vez del «Servicio antipalúdico» en el territorio de Ceuta-Tetuán, y el jefe del laboratorio de análisis del Hospital de Larache lo será asimismo del «Servicio antipalúdico» en este territorio.

# 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.



Segunda. Los mencionados jefes cuidarán de llevar á la práctica á la mayor brevedad posible las conclusiones fijadas en la Memoria que sobre el paludismo en Marruecos redactó la Comisión que se nombró al efecto, hasta donde dichas conclusiones sean de momento viables. Fomentarán ante la oficialidad y la tropa el conocimiento de los medios de propagación del paludismo y manera de evitarlo. Establecerán la protección mecánica contra los mosquitos en los focos palúdicos. Ordenarán la quinización preventiva en las fechas y posiciones en que este medio debe emplearse. Propondrán el establecimiento de sanatorios para convalecientes de dicha enfermedad en sus respectivos territorios, así como cuantas disposiciones les sugiera su competencia y su celo en el servicio.

Tercera. Los repetidos jefes informarán en el plazo de diez días, y por conducto reglamentario, acerca del personal y material necesario para el mejor cumplimiento de su cometido. Evacuados estos informes, se procederá por este Ministerio á dictar las disposiciones convenientes para la implantación total del servicio de que se trata. Es asimismo la voluntad de Su Majestad que, en razón á la urgencia en la creación del nuevo servicio de que se trata, se satisfagan sus obligaciones por el capítulo I, art. 2.º de la sección 13 del vigente presupuesto los devengos de personal, y por el capítulo V, art. 4.º de la misma sección lo referente á material.»

**De Sanidad Militar.** — Se ha dispuesto la formación de un nuevo equipo quirúrgico para la asistencia de heridos en los grupos de hospitales de Melilla, nombrando jefe del mismo al capitán médico D. Nicolás Bonet Luna. Y el ministro de la Guerra ha sometido á la firma del Rey algunos ascensos y el nombramiento de inspector general de Sanidad para Africa, á fin de que se dé un gran impulso á esta cuestión de los hospitales.

**Tifoideas en Palma de Mallorca.** — El día 19 se reunió en Palma de Mallorca la Comisión de Sanidad para tomar acuerdos con objeto de localizar el foco de fiebres tifoideas que se ha registrado en la barria la de Molinar, cuyas fuentes están contaminadas, según declaración del Laboratorio municipal.

**Accidente en una conducción de dementes.** — Copiamos de la prensa diaria:

«El día 3, por la mañana, salió de Madrid con dirección á Ciempzuelos un automóvil de Sanidad Militar, en el que iban varios enfermos, acompañados por los sanitarios Blas Molina Díaz, Victoriano Blázquez y el cabo Bahamonde. Dirigía el coche Agustín Estévez Fernández.

Al llegar á una curva á poca distancia de Pinto, y por efecto de una avería en la dirección, el coche fué á parar á una cuneta, en la que volcó.

El cabo Bahamonde procedió á curar de primera intención á los heridos, que más tarde fueron trasladados al hospital de Carabanchel.»

**Visita de autoridades al hospital de San Juan de Dios.** — El día 29 hizo una visita al hospital de San Juan de Dios el gobernador civil, acompañado del presidente de la Diputación provincial, del presidente de la Asociación Matritense de Caridad y del secretario del Gobierno civil.

Fueron recibidos los visitantes por la superiora de las hermanas de la Caridad, el director del establecimiento, el interventor, el comisario y los capellanes.

El gobernador y sus acompañantes visitaron el establecimiento, los pabellones Docker y la Cámara de desinfección.

Los encargados del establecimiento y el doctor Sánchez Covisa expusieron á los visitantes la escasez de agua en el establecimiento, que á veces se ve privado de ella en absoluto.

El Sr. García Molinas prometió que la Asociación Matritense de Caridad haría un donativo para que se adquieran el motor y la bomba necesarios, ya que la Diputación no puede atender este gasto por su estado económico.

**Servicios de Sanidad Militar.** — Entre los decretos firmados el día 29 del pasado por el Rey figura uno disponiendo que el inspector médico de 1.ª clase D. Federico Urquidí y Albillo desempeñe, en comisión, los cargos de director é inspector de todos los servicios sanitarios de nuestras plazas y zonas de protectorado en Africa, y de aquellos otros de la misma índole que, como consecuencia de la actual campaña, se han establecido ó se establezcan en la Península.

**Medidas de saneamiento en Sevilla.** — En virtud del acuerdo adoptado el día 28 por el Ayuntamiento de Sevilla, encaminado á remediar los efectos de contaminación que produce una cloaca del pueblo de Alcalá de Guadaira en las aguas de la traída de Sevilla, ha conferenciado con el gobernador el concejal Sr. Casas, para que convoque á la Junta provincial de Sanidad y determine la cantidad con que ha de contribuir el Ayuntamiento de Alcalá de Guadaira.

**A**l presenta número acompañamos un prospecto del Laboratorio y Farmacia Americana (Carrera de San Jerónimo 1, Madrid), sobre la **Crema Gélnova**, cuya lectura recomendamos.

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

### ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

## Radiozono

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

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

### SOLUCION BENEDICTO Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

### PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por

JOSÉ ROBERT Y SOLER

INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO

FARMACIA ROBERT - Leona 74

BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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

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