

# 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  | A. FERNÁNDEZ   | G. MARAÑON   |
| Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.    | Ex-interno de la Facultad y Hospitales.                                    | Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina. |
| J. BLANC Y FORTACIN   | A. GARCÍA TAPIA  | M. MARIN AMAT  |
| Del Hospital de la Princesa.  | Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.                             | Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.                                    |
| L. CARDENAL   | F. GONZÁLEZ AGUILAR  | J. MOURIZ RIESGO   |
| Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.           | Director-Médico del Instituto Cervantes.                                   | Jefe del Laboratorio del Hospital General.   |
| J. CODINA CASTELLVI   | J. GOYANES   | B. NAVARRO CÁNOVAS   |
| Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos. | Cirujano del Hospital General de Madrid.                                   | Profesor de Radiología del Hospital Militar.   |
| V. CORTEZO  | B. HERNÁNDEZ BRIZ  | S. PASCUAL Y RÍOS  |
| Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.                  | Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.                             | Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.                                 |
| L. ELIZAGARAY   | T. HERNANDO  | A. PULIDO MARTÍN   |
| Del Hospital General de Madrid.   | Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.           | Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.                 |
| A. ESPINA Y CAPO  | F. LOPEZ PRIETO  |  |
| Académico de la Real de Medicina.   | Ex-Médico-Titular.   |  |
|   | 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: Consideraciones sobre el mecanismo genético de las psicosis paranoicas, por Gonzalo R. Lafora.—Estudios sobre trasplantaciones de órganos: conferencia dada por el Dr. Sergio Varonoff, por el Dr. Pulido Martín.—Saneamiento é higienización de España, por el Dr. Luis Muñoz Antuña.—El paludismo en el ejército y su importancia social, por el Dr. Francisco Blázquez Bares.—Bibliografía, por Emilio Luengo.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—El conflicto de La Hoz, por C. M. C.—La fiebre tifoidea.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaló.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Sección oficial: Ministerio de Marina.—Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## Consideraciones sobre el mecanismo genético de las psicosis paranoicas

POR

GONZALO R. LAFORA

El concepto de la *paranoia*, llamada generalmente *locura razonadora*, ha experimentado grandes modificaciones en estos últimos años. Bajo el influjo de Magnan se incluían antes dentro de ella todos los procesos cuyo sintoma dominante era una idea delirante fija y sistematizada. Dicho autor dividió el proceso evolutivo en tres períodos: el *hipocondríaco*, caracterizado por insomnios, irritabilidad, mareos y depresión emocional; el *persecutorio*, caracterizado por ideas de relación de las personas y de los hechos ajenos con el propio enfermo (delirio de relación ó referencia), y el de *transformación de la personalidad*, en el que el individuo empieza á adquirir ideas de grandeza, derivadas de su delirio de relación. El sujeto cree que lo que hace la gente es por él, y al ver que todos se ocupan de su persona deduce que debe ser muy importante.

Esta división esquemática de las fases del proceso no concuerda siempre con la realidad.

Kraepelin, al crear la entidad clínica de la demencia precoz, separó de la paranoia antigua una porción de casos que calificó de *demencia paranoide*, porque presen-

taban una sintomatología semejante á la de los demás casos hebefreno-catatónicos de la demencia precoz y seguirían á su vez un curso muy parecido. Observó, además, que muchos de estos casos tenían fases precedentes ó subsecuentes de hebefrenia y que terminaban con frecuencia en un estado demencial.

No sin gran oposición por parte de muchos clínicos se aceptaron las ideas de Kraepelin y pasaron á la demencia paranoide los casos que denominaba Magnan de *delirio crónico de evolución sistemática* y los de *delirio de interpretación* de Sérioux y Capgras.

Quedó así la *paranoia pura* reducida á una anomalía constitucional y evolutiva, caracterizada por la elaboración lenta de un delirio sistematizado sin alucinaciones y que no conduce á la demencia. Estos casos puros son bastante raros.

El paranoico presenta un carácter peculiar desde su juventud. Es susceptible, altanero, independiente y sospecha de todos. Sobre este fondo se origina un día la *idea fija delirante*, de la cual se derivan luego por infinitas consecuencias todas las complejidades del sistema delirante. La idea delirante surge con gran frecuencia bruscamente, por una palabra oída á cualquiera. A un predispuesto se le dice un día «te pareces á Cristo» y esto basta para canalizar en esta dirección su predisposición delirante que yacía latente.

Se han descrito varias formas principales: el delirio persecutorio, el de celos, el ambicioso, el erótico, el de



litigios ó querulancia y los delirios abstractos (místicos, inventores, reformadores), formas que en muchas ocasiones aparecen complicadas en un mismo caso.

Las objeciones que muchos clínicos han venido haciendo al grupo de la *demencia paranoide* y las continuas investigaciones clínicas de Kraepelin, le llevaron en 1911 á separar los estados paranoides en un grupo aparte, que denominó *parafrenias*.

Corresponden las parafrenias á las demencias endógenas, y su síntoma predominante es la idea delirante. Se separan de la demencia precoz, porque en ellas no hay las alteraciones características de la emoción y de la voluntad que conducen á la desintegración de la personalidad. Se observan, sin embargo, anomalías en la actividad emocional, pero no aquella intensa apatía é indiferencia de la demencia precoz, y la conducta, en vez de estar influida por impulsos volitivos violentos, como en la demencia precoz, lo está por las ideas delirantes. El curso de la enfermedad es crónico y evolutivo y termina por un estado de debilitamiento intelectual, pero sin desintegración de la personalidad.

Kraepelin ha creado cuatro formas de parafrenia: la sistemática, la expansiva, la confabulatoria y la fantástica, que describiremos sucintamente.

La *parafrenia sistemática* está caracterizada por el desarrollo progresivo de ideas delirantes persecutorias y grandiosas. Estas últimas aparecen al final. La personalidad no se altera casi nunca. Se producen alucinaciones. La enfermedad termina sin alteraciones emocionales ni volitivas y es crónica.

En la *parafrenia expansiva*, dominan desde un principio las ideas de grandeza con cierta excitación y optimismo. Las ideas de grandeza pueden tener contenido erótico, religioso ó de riquezas. Kraepelin dijo al principio que sólo observó esta forma en el sexo femenino. Algunos de estos casos son considerados como de manía crónica.

La *forma confabulatoria* se caracteriza por el predominio de los recuerdos falsos de la infancia y aun recientes. El enfermo cuenta hechos fantásticos ocurridos á él en la infancia y de los cuales deduce consecuencias respecto á su personalidad. Se consideran hijos de reyes ó magnates, refieren las visitas de éstos y explican cómo no están con ellos actualmente, y las persecuciones absurdas de que han sido objeto.

Por último, la *parafrenia fantástica* se caracteriza porque el enfermo está dominado por absurdas ideas de grandeza y persecución sin gran trabazón lógica y muy fantásticas. Todo lo que dice el enfermo es excesivo é increíble. Refiere que ha vivido varias veces, que ha estudiado doscientos años, que ha sido Moisés, ó Adán ó César, que una princesa ha sido su amante, que le ha salido un órgano sexual en un ojo, etc. Termina por un estado demencial ligero, pero más marcado que en las demás formas.

No nos es posible detallar más sobre los estados parafrénicos en este breve trabajo.

Paralelamente á esta evolución clínica del concepto de las psicosis paranoides debida á Kraepelin, la escuela psicoanalista de Freud ha desarrollado una inter-

pretación psicológica de los estados paranoides en un sentido sexual.

Primeramente Freud en 1911 dijo que el delirio paranoico se basaba sobre residuos de acontecimientos eróticos infantiles y que actuaban por el mecanismo del remordimiento inconsciente de manera parecida á como sucede en las obsesiones.

Después ha creído poder reconocer Freud en los trastornos paranoicos el resultado de la represión de tendencias sexuales variadas (especialmente ideas homosexuales). El paranoico sería la víctima del desprecio de sí mismo que nace de la represión que su conciencia efectúa en sus tendencias sexuales anormales: el paranoico es, pues, un auto-acusador genital inconsciente.

Ferenczi, Hitschmann, Maeder y otros muchos han confirmado el punto de vista de Freud con casos demostrativos.

Resulta, pues, que las ideas delirantes paranoicas son tendencias curativas del individuo, que tiende á reconstruir su concepción del mundo, perturbada por el proceso morboso. El individuo se defiende de sus auto acusaciones *proyectando* en los demás sus tendencias sexuales y atribuyendo á otras personas los pensamientos, interpretaciones y deseos que se originan en sí mismo y que le son intolerables á su conciencia. Al mismo tiempo se verifica el proceso de la *inversión* por medio del cual los procesos mentales aparecen en forma opuesta á su posición original, por ejemplo, el amor es convertido en odio. De esta suerte el esquema psicoanalítico de la proyección afectiva con inversión sigue aquí este curso según Freud: 1.º, le amo; 2.º, no le amo; 3.º, le odio; 4.º, porque él me odia. De esta manera el deseo subconsciente hacia una persona, que es característico del primer período, se convierte en el cuarto período en una explicación consciente del odio que satisface al yo. El individuo que tiene una tendencia homosexual subconsciente respecto á otro, siente gran repugnancia ante dicho deseo. Su conciencia, que no puede soportar esta atracción que considera inmoral, se defiende de ella, suponiendo que el otro individuo es el que le ama á él (proyección afectiva), pero como aquél sabe que él no le dejará conseguir su objeto, odia (inversión) al enfermo, quien secundariamente odia al otro, porque cree que le odia y le persigue. Resulta, pues, que la persona deseada se convierte en perseguidora y odiada.

Según la teoría freudiana, la paranoia sería, pues, el resultado de la homosexualidad reprimida, es decir, de una homosexualidad que el enfermo se esfuerza en ocultar á su conciencia y que no llega á tener realidad.

Antes de seguir adelante en nuestras consideraciones, queremos aportar algunas historias clínicas propias con los resultados del psicoanálisis, para ir haciendo más comprensibles las subsiguientes evoluciones de la concepción psicoanalista de los diversos estados paranoides y para justificar nuestra manera de ver la cuestión, que no se adhiere al punto de vista freudiano.

Por estas historias podrá ver el lector: 1.º, que mientras en unos casos se comprueba el factor homosexual como mecanismo genético del proceso paranoico (caso primero), en otros interviene como factor etiológico otro



mecanismo sexual, pero no homosexual (el «complejo incestuoso» en el segundo caso); 2.º, que en algunos casos de procesos paranoides no se encuentra ningún mecanismo sexual como agente causal eficiente, sino otros motivos emocionales desagradables para el sujeto; 3.º, que el mismo conflicto homosexual sucedido á dos sujetos diferentes provoca en uno un proceso paranoide (caso I) y en otro no afecta nada el espíritu, el cual por otro motivo más fútil sufre (caso III) un trastorno obsesivo con ansiedad, y 4.º, que la predisposición individual (personalidad paranoide, trastornos autotóxicos de las edades críticas) ó familiar es la causa de la enfermedad y que el conflicto sexual ó no sexual es la causa del mecanismo de los síntomas.

En el primer caso veremos la evolución obsesivo-paranoide de un autorreproche de naturaleza homosexual. Es un caso típico en el sentido freudiano. Su simplicidad psicogenética nos sirve para analizar el mecanismo general de las psicosis paranoides, en las que el fenómeno esencial consiste en la proyección hacia los demás de las propias preocupaciones y auto-acusaciones.

**Caso I. Parafrenia sistemática. Autorreproche de homosexualidad.**—Hace dos años nos llamaron á ver á un enfermo de provincias. La familia nos contó que había tenido en un café una cuestión con un amigo, al cual había abofeteado é insultado, inesperadamente, y que luego se recluyó en casa y llevaba varios días sin querer salir. Ningún amigo podía explicarse el motivo de la agresión, pues en la mesa del café sólo se hablaba de cosas indiferentes, entre amigos antiguos, cuando surgió brusca la agresión.

Vimos al enfermo, hombre muy inteligente y razonador, quien nos confesó que el amigo había pronunciado la palabra «maricón» hablando de cierta persona, y que él se creyó aludido solapadamente y ciego de ira le abofeteó, dando lugar al escándalo que le hacía vergonzosa la salida á la calle y odiosa la vida.

Iniciamos el psicoanálisis de los acontecimientos infantiles y nos refirió entonces el enfermo, después de grandes resistencias y repugnancia, que en su infancia escolar practicó una vez un acto homosexual pasivo con un compañero. Después de realizado le quedó un recuerdo de vergüenza que ya no le dejó nunca y que al llegar la pubertad tomó un incremento considerable y un carácter obsesivo y angustioso. Para anular aquel mal recuerdo y el autorreproche de su conciencia fué precoz mujeriego, abusando de juergas y placeres reunido con otros amigos ante los cuales exageraba sus éxitos sexuales con las mujeres y sus agudos apetitos. El compañero con quien realizó en el pueblo aquel acto homosexual desapareció de allí poco después y fué con su familia á América, no volviéndose á saber de ellos. También él salió del pueblo para estudiar su carrera en Institutos y Universidades.

A nadie había referido su vergonzoso recuerdo que procuraba ocultarse á sí mismo. Suponía por otra parte que nadie lo podría saber por intermedio del otro. Y sin embargo, constantemente le asediaba la idea obsesiva de que alguien del pueblo pudiera saberlo y si lo

habría relatado á otros y así por difusiones sucesivas lo sabría todo el mundo. Renunció definitivamente á volver al pueblo y acentuó cada vez más su vida mujeriega, teniendo varios asuntos amorosos con casadas y solteras que le dieron cierta celebridad entre sus amigos. No obstante siempre sospechaba que éstos conocían su experiencia homosexual y que quizá hablasen alguna vez de ella. Su autorreproche le perseguía como idea fija por todas partes, y en las conversaciones con amigos ó en la calle creía ver alusiones ó signos significativos de que se sabía su pasada vergüenza, aunque luego pensando sobre el caso se daba cuenta de que nadie podía saberlo (primera fase del proceso paranoide ó de duda). Nos refirió que sufría atrocemente cuando alguien decía algo sobre homosexualidad ó sobre cualquier cosa que se relacionase con ésta. Inmediatamente sentía un gran sobresalto emocional y miraba al que había dicho aquello para escudriñar su posible intención respecto á él, y para poder averiguar si «lo sabía». Mientras relataba todo esto manifestaba gran emocionalidad y frecuente llanto y desesperación. Tenía consciencia de su enfermedad, pero á la vez no podía sustraerse á la idea de que realmente se supiese su vergüenza. En los últimos días anteriores al escándalo le parecieron cada vez más significativas las alusiones más ó menos simbólicas de los amigos y de las conversaciones de gente de la calle, y al final no pudo resistir al oír la palabra «maricón» pronunciada por un amigo, y le acometió.

En este caso vemos primero surgir el autorreproche de la conciencia ante un hecho vergonzoso. Este autorreproche llega á constituir una idea obsesiva en la que no falta la consciencia de la enfermedad, pues el enfermo reputa sus obsesiones como enfermizas y no fundadas en razones reales. Posteriormente, la autoacusación de la conciencia es proyectada á los demás y el enfermo cree que los demás saben su falta y le acusan de maneras encubiertas (actitud paranoide). El enfermo olvida que á los demás, aun dado que lo supiesen, no les importaría nada lo ocurrido; pero su conciencia proyecta obstinadamente el reproche en la consciencia de los demás.

Hasta aquí encontramos ajustada la teoría psicoanalista á la realidad, pero desde aquí nuestra interpretación de los hechos no puede seguir á la de la escuela freudiana. Según ésta existirían en el individuo apetencias homosexuales latentes ó subconscientes (no el deseo escueto de un acto homosexual, sino sublimaciones de éste, tales como la atracción subconsciente hacia individuos del mismo sexo). De aquí surgiría la cadena de proyecciones é inversiones antes dicha «le amo—no le amo—le odio—porque me odia», según la cual el sujeto vería alusiones molestas y persecuciones en los demás sujetos por los cuales subconscientemente sentiría atracción.

Nosotros no vemos ninguna prueba de esto en la historia que describimos. Sólo podríamos ver un ligero indicio de ello en la exagerada vida heterosexual que el individuo quiere llevar, con lo que parece indicar que su consciencia pretende ahogar á los deseos



homosexuales de su libido exagerando la tendencia contraria heterosexual, de la misma manera que el misticismo y la exagerada pudibundez de algunas muchachas es la manifestación de la intensa represión de sus apetitos sexuales precoces y subconscientes. Sin embargo, es más lógico suponer que su activa vida heterosexual corresponde más bien á una satisfacción dada á las acusaciones de su propia conciencia.

Nosotros sólo vemos en nuestro caso un autorreproche de la conciencia, que al llegar la evolución sexual del sujeto toma un incremento progresivo y que proyectado en las demás personas da origen á la idea fija de la divulgación de su vergüenza y consiguientemente surge el núcleo paranoide persecutorio como resultado lógico de la actitud de burla y desprecio que la sociedad toma generalmente con los individuos que padecen homosexualidad. Es curioso que en este caso, como en muchos de trastornos paranoides, una palabra puede plasmar ya definitivamente el sistema paranoide antes latente y determinar una actitud agresiva de perseguido-perseguidor.

*Las ideas paranoides persecutorias pasan, pues, por una época previa de ideas obsesivas, no persecutorias, ó de duda persecutoria.*

\* \* \*

Estudiemos ahora el problema del delirio de celos, para ocuparnos después de un curioso caso nuestro.

Según Freud, en el *delirio de celos*, el sujeto cree primero que su mujer ama al individuo que á él mismo le atrae, y después extiende esta preocupación á muchos otros individuos por los que se siente atraído homosexualmente. Aquí la proyección del propio deseo se verifica hacia la mujer y resulta la siguiente seriación: «yo le amo—ella le ama», de donde surge la idea del odio hacia la mujer que se ha convertido en su rival.

Nuestra experiencia personal parece contradecir esta manera de ver las cosas por la escuela freudiana y nos hace pensar si estas diferencias dependerán de los diferentes medios en que se desenvuelven los enfermos. Se ha dicho por los enemigos de la escuela psicoanalista, que muchas de las observaciones de Freud eran sólo peculiares del medio vienés (el llamado *Wiener Milieu*) y que no se comprobaban en otras partes.

Vamos á describir una observación personal en la que no se comprueba el punto de vista freudiano.

CASO II. *Parafrenia erótica y sistemática (persecutoria). Delirio de celos incestuosos.*—Hombre de cuarenta años, soltero, que después de una temporada de intranquilidad, insomnio é irritabilidad, insulta bruscamente un día á una hermana suya y á otro hermano, solteros también, y les acusa de tener relaciones incestuosas. Se daba la circunstancia de que hacía tiempo venía sufriendo de un desengaño amoroso que no podía aceptar tranquilamente y de que recientemente había muerto su madre. La familia atribuye á estas dos causas emotivas el trastorno mental del enfermo. No se explican de otro modo tales aberraciones, habiendo sido antes siempre un excelente hermano. Nos refieren que toda

su vida ha tenido una tendencia excesiva al pundonor, á no sufrir desprecios, á ver en todo actos relacionados con él, es decir, que ha mostrado la típica personalidad paranoide, suspicaz y altanera. Sometemos al enfermo á varias sesiones de psicoanálisis y de ellas resulta el mecanismo psicogenético aclarado según lo vamos á referir.

El enfermo nos dice que siempre fué muy masturbador (persistencia de la fase narcisista de la evolución sexual) y que al llegar á la edad en que el niño proyecta hacia otros su libido sexual fijó su atención en su hermana mayor, cuya belleza física le atraía grandemente. Llega, pues, á la fase evolutiva, habitual de los amores parentales ó época del incesto espiritual, que suele ser transitoria en el niño normal por desviarse prontamente la atracción hacia otros seres fuera de la familia. El libido del enfermo queda persistente en esta fase y así permanece hasta el momento de la perturbación. Nos refiere que siempre que puede se acerca á su hermana y disimuladamente le roza los pechos ó se sienta apretadamente junto á ella y en la conversación la pone, excusadamente, las manos sobre las piernas con lo que experimenta una gratificación sexual. Sus actos masturbatorios son también presididos por la imagen de la hermana. Cree que en algunos momentos su hermana se ha excitado también, y sin decirse los dos nada, experimentaron el placer sexual. Estos hábitos incestuosos los mantiene hasta poco antes del escándalo dado en su casa, y sus ideas religiosas arraigadas no chocan con ellos porque considera su costumbre exenta de pecado toda vez que no se entiende claramente con su hermana (explicación dada al autorreproche de su conciencia).

(Se continuará.)

### Estudios sobre trasplantaciones de órganos.

CONFERENCIA DADA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE  
MADRID EL DÍA 16 DE NOVIEMBRE DE 1921

POR EL

DR. SERGIO VORONOFF

Director del Laboratorio de la Escuela de Estudios superiores  
en la Estación fisiológica del Colegio de Francia.

Parece que á medida que se complica y perfecciona el organismo, en los vertebrados, disminuye la duración de la vida. Los peces y los reptiles viven más que las aves, y entre éstas algunas llegan á una edad que no alcanzan los mamíferos, de los cuales, aparte el hombre, el mamífero que tiene vida más larga es el elefante, que llega á los cien años. Los caballos raras veces cuentan cincuenta, los camellos cuarenta, los bueyes treinta y los carneros doce á catorce, lo que significa para estos animales una vejez extremada. Los animales carnívoros viven todavía menos. El hombre puede llegar á una edad que no se observa en otro mamífero. Los casos perfectamente observados demuestran que la edad de ciento cuarenta años no es de ningún modo incompatible con la constitución del cuerpo humano. Pero entre los setenta y los setenta y cinco años la le-



talidad adquiere en el hombre su punto culminante, aunque esta edad no puede ser considerada de ningún modo en él como el término natural de la vida. En efecto, el mayor número de los que mueren á esa edad se encuentra todavía bien conservado desde el punto de vista físico é intelectual y su muerte es raras veces ocasionada por la debilidad senil. El estudio de numerosos casos de longevidad demostrándonos que su secreto excede de las prescripciones higiénicas, nos permite deducir que la causa real de esta longevidad debe residir en alguna particularidad de la constitución íntima de nuestros órganos que ejerce una influencia directa sobre la duración de nuestra vida y asegura un término más ó menos largo á nuestra existencia, lo que se confirma por la existencia de familias de centenarios. Si la longevidad es transmisible, depende de alguna particularidad innata, de alguna causa local que los padres legan á sus hijos.

El tema de la vejez se confunde con el de la muerte y ha preocupado constantemente el espíritu de los sabios. Nuestro inmenso deseo de vivir está en contradicción con las miserias de la vejez y con la brevedad de la vida. Toda la humanidad participa del espanto ante la muerte y ante el espectro de la degradación física y moral de la vejez. Hasta las mismas religiones sólo han llevado un consuelo muy débil al hombre al que predicaban la resignación ante lo inevitable, y para dar satisfacción á nuestro deseo innato de vivir siempre, nos han prometido renacer en otra vida, vida eterna, que en su conmiseración nos han afirmado será infinitamente mejor. Pero, á pesar de todo, ateos y creyentes recurren á la Ciencia para prolongar su existencia sobre la tierra y evitarse los achaques degradantes de la vejez. Desgraciadamente, hasta hoy la Ciencia se ha mostrado impotente para llevar remedio á la vejez y alejar el término de la vida. Por muy árduo que sea este problema, no debe ser considerado como superior y extraño á los límites de las investigaciones permitidas al hombre.

En primer lugar, ¿la muerte natural es inevitable? No sé que esta muerte fisiológica haya sido observada en los humanos, porque hasta los que mueren en la extrema vejez sin enfermedad aparente, ofrecen en la autopsia lesiones más ó menos graves de ciertos órganos. Por lo tanto, si existe, no debe ser frecuente. En los seres unicelulares que parecen los primeros entre los vivientes, se dividen durante varias generaciones sin que se produzca un solo caso de muerte, y cuando por empobrecimiento del medio las colonias acusan cierto agotamiento, en lugar de morir, se observa que sus individuos se conjugan y de esta fusión salen rejuvenecidos, llenos de actividad, y así continúan de nuevo sus series de divisiones. La ameba no muere, puede ser destruída por el enemigo ó por la falta de alimentos, pero no conoce la muerte fisiológica. La naturaleza al criar los primeros vivos, los ha querido inmortales. La complicación de los organismos, siempre creciente, es causa de que las diversas células constitutivas de sus órganos y tejidos se modifiquen y resulten incapaces de tener una existencia independiente y de bastarse á sí mismas; su vida sólo está asegurada por el

concurso de las otras células del cuerpo. Cuanto más alta y delicada es la función de cada órgano, más perfeccionadas son las células que lo componen, más se alejan estas células del tipo primitivo y más se encuentran á la merced del trabajo de las células de otros órganos menos elevados. Las facultades de bastarse la célula á sí misma y de reproducirse, se pierden cada vez más y desaparecen completamente en las células nerviosas que son los elementos más nobles y perfeccionados del organismo. Las células que más se aproximan al tipo primitivo son las conjuntivas y los leucocitos; las primeras están infiltradas en todas partes, forman unas y otras la plebe, raza robusta que se reproduce con gran facilidad, luchan con las células nobles de nuestro cuerpo desde su formación, y como en todas las sociedades altamente diferenciadas en las que la división del trabajo se ha llevado á sus últimos límites, nuestro cuerpo se halla á la disposición de los elementos primitivos que tienden á nivelar la sociedad, á volverla por instinto originario al estado inicial en el que cada célula era capaz de bastarse á sí misma. Pero nuestro organismo, donde todo está coordinado, sucumbe fatalmente á esta nivelación. El estudio de la vejez nos enseña que las células conjuntivas invaden, cada vez más, los tejidos de nuestros órganos, lo que produce su esclerosis, fenómeno que se observa lo mismo en el cerebro que en los huesos, en las arterias que en los músculos, en el hígado que en los riñones... Este fenómeno también se observa experimentalmente en los injertos de los órganos. El injerto permanece durante algún tiempo, antes de que se formen los nuevos vasos, privado de nutrición sanguínea; cierto número de células no pudiendo sufrir este ayuno prolongado se atrofia, desaparece y una parte del órgano envejece prematuramente. ¿Qué células son las que sufren esta atrofia? Las nobles, las más diferenciadas, adaptadas á un papel especial en este órgano. ¿Y qué células resisten é invaden, cuando la circulación se restablece, el lugar dejado por las nobles? Las células conjuntivas.

Otra prueba del proceso íntimo de la vejez; de esa lucha entre el elemento primitivo (la célula conjuntiva) y los elementos especializados, se observa en el cretinismo (mixedema), fácil de reproducir quitando el tiroides á los animales. Es sabido el aspecto de viejos que estos enfermos tienen, aun los que son niños. Cara arrugada, estado seco y escamoso de la piel, descenso de la temperatura, cabellos raros y muy pronto blancos, gran debilidad muscular, tendencia á la esclerosis particularmente vascular, tristeza, apatía. Anatómicamente estas lesiones se traducen por una hipertrofia del tejido conjuntivo, porque el tiroides aquí deficiente modera la actividad del tejido conjuntivo. No es que la glándula tiroides vierta en nuestra sangre un elixir de juventud; se limita á combatir la invasión de la célula primitiva é impide que ésta ocupe el lugar de las diferenciadas en el proceso de la evolución.

Claro que al lado de esta causa inicial de la vejez hay otras secundarias, como los venenos producidos por las fermentaciones intestinales, etc., de las cuales no tenemos por qué ocuparnos.



Siendo la vejez el triunfo del elemento primitivo sobre el diferenciado, ¿podemos alejar la fecha de ese triunfo? Hay que tener en cuenta que el elemento primitivo sólo es perjudicial cuando sale de su papel, que hasta entonces es útil, necesario, sin el cual no podríamos pasarnos; nuestro esfuerzo debe consistir en moderar su tendencia á multiplicarse extraordinariamente y al mismo tiempo debemos reforzar los tejidos nobles aumentando su resistencia contra el elemento invasor. ¿Tenemos medios para ello? Gracias al método experimental cuyo valor ha sido realzado por el genio de Claudio Bernard se ha visto que basta quitar á un hombre su glándula tiroides para suprimir al cerebro su capacidad de formar ningún pensamiento. Se ha comprobado que las paratiroides impiden que nuestras células nerviosas entren en una excitación loca é impriman á nuestro cuerpo contracciones violentas de los músculos que causan la muerte en pocos días. Las glándulas suprarrenales segregan un líquido necesario para sostener las palpitaciones del corazón y la contracción de las arterias. Suprimido el cuerpo pituitario, el animal se hace somnoliento, la respiración se retarda, la temperatura baja y muere en el coma; la hipertrofia del lóbulo anterior determina la acromegalia, su insuficiencia, el enanismo; el lóbulo posterior estimula la secreción de la leche, la renal, la contracción de los músculos de nuestras vísceras y el desarrollo de la grasa...

La vida, la función de todos nuestros órganos depende, por lo tanto, de la actividad de las glándulas, que, cosa maravillosa, es la misma en todos los animales. La secreción interna de una glándula de un carnero ó de un perro es idéntica á la del hombre, y si se pudieran trasplantar las glándulas de aquéllos en el cuerpo de éste, se obtendría la misma influencia sobre la función de los órganos que la mandada por la glándula original, y es porque esa influencia depende de una substancia química siempre la misma para cada glándula; lo que varía es la calidad de los tejidos que reciben esa influencia, su grado de perfeccionamiento, su evolución en la escala animal. Se podría comparar la acción de esas glándulas á la de la chispa eléctrica de un magneto que produce la explosión en los cilindros de un motor automóvil. La chispa es la misma en un motor de 10 caballos que en uno de 100, pero el efecto es diferente; está en relación con la fuerza de cada uno de los motores.

Hay una glándula que nos suministra una energía maravillosa, estímulo de todas las células de nuestro cuerpo. Esta glándula llamada intersticial se encuentra formada por un conjunto de células alojadas entre los conductos seminales del testículo sin tener con ellos una relación directa. La disociación de las dos funciones del testículo aparece claramente en los criptorquídeos, cuyas células seminales desaparecen por completo, la glándula de secreción externa se atrofia, el macho no posee elementos de fecundación, permanece estéril, mientras la glándula intersticial, de secreción interna, sigue intacta y basta para asegurar al sujeto toda su vitalidad y todos sus ardores de vida como si fuera nor-

mal. En los eunucos, castrados antes de que las glándulas testiculares se desarrollen, parecen claras las modificaciones por defecto de dichas glándulas, su talla es elevada, obesos, de formas redondeadas, de voz infantil, débiles, incapaces de un esfuerzo prolongado, anémicos; su decadencia intelectual y moral no es menor que la física, son perezosos, indolentes, egoístas y miedosos. Los que en Bizancio desempeñaron algún papel habían sido castrados en la edad adulta, y aun en éstos, la vitalidad experimenta una notable disminución; así Abelardo, brillante poeta, no volvió á escribir una estrofa después de castrado. Estos fenómenos se observan en los viejos atónicos que son en realidad castrados fisiológicos por la edad. Cuando su glándula intersticial deja de funcionar, se produce una modificación característica en su estado físico, moral é intelectual de la que familia y amigos se aperciben pronto; aun los que eran afectuosos se hacen egoístas, refieren todo á su preciosa persona.

En las manifestaciones de sus cualidades físicas é intelectuales el hombre vale lo que valen sus glándulas intersticiales. Al revés de las otras glándulas, que sólo actúan sobre un órgano, la glándula intersticial influye sobre todo el organismo. La idea de captar esa fuerza maravillosa y ponerla á nuestro servicio me perseguía. Brown-Sequard declaró en 1889 en la Academia de Medicina que, habiéndose hecho inyectar jugo glandular de un carnero obtenido por trituración de los órganos sexuales de este animal, á los setenta años había recuperado la fuerza y la energía de la juventud, con manifestaciones que no conocía desde hacía años. La aplicación de su método no realizó las esperanzas despertadas, y, sin embargo, la afirmación de Brown-Sequard era exacta; lo que falseó el resultado fué el proceder terapéutico de introducción de este jugo en el organismo. Este jugo debe inyectarse inmediatamente después de preparado, pues como todos los orgánicos, se altera rápidamente y hasta se hace tóxico. El fracaso de Brown-Sequard, sin embargo, ha contribuido á instaurar un nuevo método en Medicina: la opoterapia.

Cuando comprendí toda la importancia de la glándula intersticial, y que su secreción interna estimulaba la energía vital de todos nuestros tejidos y aumentaba su resistencia á la invasión del tejido conjuntivo, causa primera de nuestra vejez, acudí al injerto de este órgano. Al injertar una glándula intersticial joven, en plena actividad, no se administra un producto muerto, incompleto, con frecuencia alterado, introducido de vez en cuando por inyecciones, sino un órgano vivo, que realiza por sí mismo su función. Estaba animado para hacer estos trabajos por los resultados de mis injertos de ovarios. En el Congreso Internacional de Medicina de Londres (1913) pude presentar un cordero nacido de una oveja á la cual había quitado sus ovarios, que reemplacé por los de su hermana.

Desde el año 1917 hice una serie de experimentos que comuniqué el 8 de Octubre de 1919 al Congreso francés de Cirugía. Se hicieron injertos testiculares en carneros, en machos normales, en machos castrados, en hembras normales y castradas y en machos muy vie-



jos, débiles, incapaces para la reproducción. Estos experimentos han sido repetidos 120 veces. No se ha podido practicar la anastomosis vascular directa por el calibre de la arteria y de la vena espermáticas; afortunadamente esto no es necesario; el tejido testicular posee una notable actitud para la trasplantación. El injerto en las tunicas vaginales de las bolsas, en el medio natural de los testículos, da resultados muy superiores a los observados practicando el injerto bajo la piel y hasta bajo el peritoneo. El tanto por ciento de los éxitos es mayor cuando se practica la trasplantación fragmentaria. En los machos castrados y en los machos viejos, que se pueden considerar castrados por el progreso de la edad, es donde los injertos ofrecen más notables resultados. En los castrados, la evolución ha sido normal gracias al tejido testicular que les injerté en cuanto los castré. Se desarrollan y buscan las hembras como si no hubieran sufrido la ablación de sus genitales.

Entre los viejos puedo citar el núm. 12, de doce a catorce años de edad, temblando sobre sus patas, con incontinencia de orina por debilidad senil del esfínter vesical; daba la impresión de un animal agotado por la edad y cercano al término de su vida. El 7 de Mayo le injerté en la vaginal derecha, encima de su propio testículo, cuatro fragmentos de un testículo quitado a un carnero joven. Dos meses después el animal estaba transformado. No había incontinencia de orina, ni temblores en las piernas, ni aspecto pavoroso. La forma del cuerpo es magnífica y su tipo es vivo y agresivo. Se le ha aislado con una cordera, lo que ha permitido observar el despertar de su instinto sexual y de su masculinidad perdidos desde hace años, y, cosa tangible, la cordera fecundada por él parió en Febrero del 1919 un vigoroso corderito. Para estudiar la estructura de la glándula implantada, al cabo de un año se la extirpé, y tres meses después el carnero volvía a envejecer con una rapidez desconcertante; era de nuevo un animal senil y triste. Le practiqué nuevo injerto, y no tardó en manifestarse el efecto bienhechor de esta trasplantación.

Tengo otra vez un animal soberbio, que lleva erguida la cabeza y es afectuoso para su compañera. A este animal, hace dos años, apenas le quedaban algunas semanas de vida. Hoy sorprende de vitalidad y de juventud. Tal experimento ha sido repetido en muchos animales con idéntico resultado. El injerto al incorporar al organismo la glándula, permite, mientras dura su vitalidad, que lleguen a la sangre continuamente sus productos activos.

¿Cómo nos hemos de proporcionar las glándulas necesarias para hacer estas aplicaciones en el hombre? El procedimiento del injerto de órganos procedentes de otros sujetos sanos puede tener una aplicación muy limitada, porque es muy difícil que el hombre se deje extirpar las glándulas sexuales, aun teniendo en cuenta basta una sola, y por consiguiente, quedando el sujeto con una, tiene la cantidad de glándula sexual suficiente para sus fines individuales y específicos, en cuanto a su reproducción hace referencia. Pero debe tenerse pre-

sente lo muy costoso que sería proveerse de glándulas sexuales humanas, y que durando la vitalidad de la glándula un par de años es necesario repetir el injerto cada dos años, lo que supone un sacrificio para el operado que debemos intentar evitar.

La muerte, la parada del corazón, rompe la armonía funcional de los órganos, el individuo muere como ser activo y consciente, pero los distintos tejidos que constituyen su cuerpo no mueren al mismo tiempo y muchos pueden sobrevivir durante largas horas. La epidermis guarda su vitalidad mucho tiempo después de la muerte del sujeto y se vé que los pelos de la barba crecen en los cadáveres. Los huesos sobreviven durante diez y ocho horas, y extraídos al cadáver antes de que transcurra este tiempo, pueden ser injertados como los de un sano. Los otros órganos manifiestan vida durante más ó menos tiempo, según la delicadeza de su estructura, pero siempre viven menos tiempo que la epidermis y los huesos. El cerebro es el primero que sucumbe. Extraídos estos órganos antes de morir guardan toda su energía, todas sus propiedades vitales, y trasplantados a otro cuerpo, son capaces de realizar en él de nuevo su función primitiva. Todavía hay más, sacados a tiempo, pueden conservarse vivos durante semanas si se les mantiene en heladoras a una temperatura inferior a cero.

En todas las grandes ciudades se registra diariamente la muerte por accidente, de individuos jóvenes y robustos; nada más justo que sus órganos, una vez averiguado estaban sanos, sean conservados en heladoras para utilizarlos a medida de las necesidades. Desgraciadamente, los prejuicios y la legislación se oponen todavía. Esperando que éstos desaparezcan, no podemos aún contar con los tesoros de vida que los muertos nos legan,

¿Dónde encontrar los individuos que suministren las glándulas que necesitamos? En los monos superiores. Se ha observado que es casi imposible distinguir el embrión humano del de los monos superiores. Los monos superiores tienen un embrión que se parece más al del hombre que al de los monos inferiores. Nuestro pariente más próximo parece ser chimpancé; aparte la semejanza del feto, tiene la fundada en la dentadura, con el mismo número de dientes y con absoluta analogía en los premolares y en los molares. Una identidad en el esqueleto y en el sistema muscular. Poseen un apéndice como nosotros, y si no tienen un lenguaje articulado como el hombre, se debe al poco desarrollo de los músculos de la laringe. Las reacciones biológicas de la sangre del hombre, son análogas a las de la sangre de los simios superiores. Además, sólo estos monos tienen el triste privilegio de contraer nuestras infecciones, como la fiebre tifoidea, la sífilis, etc., etc.

En vista de estos datos era lógico presumir que los órganos de los monos superiores trasplantados al cuerpo del hombre encontrarían las mismas condiciones de vida que en su primer huésped y podrían adaptarse a la nueva existencia en este medio que le es familiar, tan distinto de las condiciones que se ofrecen a los injertos procedentes de carneros, etc., y que he condenado en mi libro «Tratado de los injertos humanos». La semejanza



de nuestra sangre y de nuestros tejidos con los de los monos superiores, es tal, que la trasplantación de un órgano de estos monos al hombre, puede ser asimilada al injerto de hombre á hombre. He podido presentar á la Academia de Medicina la observación de un niño, al cual injerté en el cuello una glándula tiroides de un gran mono papión, con un éxito que ha excedido á todas las esperanzas. Este niño, de catorce años, corso, con hermanos normales, tenía desde pequeño gran lentitud y apatía, y después del sarampión, á los ocho años, los síntomas de un mixedema por alteración post-infecciosa de un tiroides poco desarrollado congénitamente. Este diagnóstico fué confirmado por el beneficioso efecto de la opoterapia tiroidea, aunque, como es natural, en cuanto este tratamiento cesaba reaparecían los síntomas de la enfermedad. La inteligencia del niño era muy inferior á la de sus compañeros de edad, y cuando yo le ví ofrecía la cara del imbécil mixedematoso, tan gráfica é inconfundible. Propuse hacer el injerto de la tiroides del padre ó de la madre, sin que fuese aceptada la idea, y entonces decidí injertar el tiroides del papión, operación que se llevó á cabo en Niza, el 5 de Diciembre de 1913, delante de 19 médicos.

La glándula fué perfectamente tolerada por el organismo del niño sin que se siguiera ninguna eliminación. Suprimida la medicación tiroidea, el niño al cabo de un mes estaba menos edematoso y parecía despertar en su inteligencia. A medida que pasaron los meses, la mejoría se acentuó de manera regular y clara, sobre todo en su inteligencia, tanto, que le ha permitido ser examinado por el Consejo de revisión de médicos militares y ser admitido para desempeñar como militar sus servicios en la guerra. Otra observación análoga fué la de un niño al cual injerté el tiroides de un chimpancé. Después, como me faltan los chimpancés, he acudido á la glándula tiroides de la madre de los niños en los casos cuya deficiencia radica en la glándula tiroides, extirpando uno de sus tres lóbulos. He tenido buenos resultados, pero jamás iguales á los que me ha proporcionado la glándula de mono, acaso porque éste es más robusto, ó porque la glándula de la madre cuando se injerta es ya de una persona que se acerca ó pasa de los cuarenta años y entonces la glándula tiroides se encuentra disminuída en su función. Lo que puedo decir es, que la glándula de mono, injertada en el hombre, me ha dado mejores resultados que la glándula humana. El injerto de un órgano de mono á hombre puede ser, por lo tanto, asimilado al injerto de hombre á hombre y como por muy difícil que sea procurarse monos, siempre será más fácil que convencer á un joven de que ceda una de sus glándulas testiculares, se abren nuevos horizontes para la trasplantación de los órganos. El mono será considerado como el animal más precioso, y los hombres, llegados á la edad en la que sus facultades intelectuales y físicas empiezan á bajar, podrán tomar de sus parientes jóvenes de las selvas un nuevo manantial de energía.

El conferenciante presenta, entre otras muchísimas fotografías, proyectadas con el epidiáscopo, la de

un inglés de setenta y tres años que había permanecido más de treinta en la India y se hizo injertar una glándula intersticial de chimpancé. La segunda fotografía, hecha nueve meses después de ese injerto, ofrece un hombre robusto con todas las apariencias del vigor y de la energía. Parece como si al injertarle aquella glándula se le hubieran quitado quince años de edad.

DR. PULIDO MARTIN

## Saneamiento é higienización de España

POR EL

DR. LUIS MUÑOZ ANTUÑANO

### ADVERTENCIAS-PRELIMINARES

1.<sup>a</sup> La presente publicación es un extracto bastante extenso en el cual no hemos omitido nada fundamental, sino sólo datos, detalles estadísticos, etc., que por su extensión alargaban considerablemente el texto. Quien desee conocerlos puede acudir á la obra original.

2.<sup>a</sup> La presente obra fué presentada al Concurso García Faria y escrita por tanto en el año 1919; fué premiada en el 1920, y la carestía del papel y otras circunstancias ajenas al autor han detenido su publicación hasta el 1921. Resulta, pues, que, aunque poco, algo ha variado la situación sanitaria de España desde entonces; pero, como se verá por quien leyere este modesto trabajo, muchas cosas se habían previsto y anunciado por el autor, lo cual nos ha decidido á dejarlas tal y cual se escribieron, sin alterar el texto en lo más mínimo.

3.<sup>a</sup> Restamos también advertir, siquiera ello no tenga aquí influencia alguna, que si este estudio es un extracto, la obra original publicada aunque algo más extensa es también otro extracto, pues la original presentada al concurso fué una obra de dos tomos en folio en la que figuraban 138 dibujos originales del autor, gráficos, acuarelas, estadísticas nacionales y extranjeras, etc., etc., que, dada su considerable extensión, fué necesario suprimir al publicar la presente edición, como en ella se advierte en nota preliminar.

Queremos hacer constar en este periódico profesional, tan querido y apreciado de los médicos, nuestro dolor al tener que proceder de este modo á la impresión de la obra, sin que ello signifique inmodestia ni orgullo mal entendido de autor, una vez que los datos suprimidos, aparte de los dibujos originales explicativos del texto, eran en su mayoría gráficos y estadísticas del más alto interés científico y nacional, no hechos en su mayor parte por nosotros, sino producto del constante trabajo y asiduos desvelos de bastantes compañeros y profesionales muy dignos y queridos durante bastantes años y que al publicarse hubieran hecho de la obra un estudio de consulta muy interesante desde el punto de vista, no sólo médico, sino nacional.

### Á MANERA DE PRÓLOGO

«No hay ciencia más curiosa que la Medicina, cuando, decidida á vulgarizarse, descende á hablar el lenguaje de todo el mundo.»

Múltiples y diferentes asuntos integran la higienización y saneamiento de un país; pero mucho más en el caso de ser éste España, nuestra queridísima patria, que, en punto á tan interesante cuestión, son su incuria y su abandono tan lamentables, que no ha de bastar, á buen seguro, el trabajo de muchos años y el dinero de muchos presupuestos para cam-



biar la desdichadísima y triste situación sanitaria en que nos encontramos.

¡Pobre España! Libre de prejuicios perjudiciales, en una materia como la que ha de informar este asunto, intentaremos llevar á cabo su estudio como mejor sepamos y podamos, rogando se nos perdone aquello que, sin otro interés que el del engrandecimiento, del mejoramiento de la situación sanitaria é higiénica de nuestro país, hayamos podido escribir quizá con demasiada crudeza.

Cuestión es ésta, por otra parte, que, como todas las nacionales, no puede tomarse desde otro punto de vista que el de la verdad.

Concepción Arenal, en cierta ocasión, decía: «No hay crimen peor para un país que el de adularle...»; y éste ha sido, en todos los capítulos de nuestro trabajo, el lema seguido y la norma de nuestra conducta.

Y la verdad monda, escueta, sin eufemismos criminales, de lesa patria, en una palabra, es que en España la sanidad pública ha sido, es, y no queremos creer que siga siendo, una ficción más entre muchas, y para comprenderlo basta con saber que con un presupuesto de ¡2 millones de pesetas! que para este servicio consigna el Estado en sus presupuestos, no hay ni para sanear una sola de nuestras capitales de provincia y no de las de mayor población. Y para que no se tome esto como una exageración meridional, compárese dicho presupuesto, no ya con el de otras naciones, ni siquiera con los que tienen Londres, París y aun otras ciudades más ó menos importantes de cualquier país, aun de los más pequeños que el nuestro; compárese, por ejemplo, con el de alguna de las más insignificantes de los Estados Unidos de América; pongámonos por caso Framingham, pequeña ciudad de ¡15.000 habitantes!, y no nos parece que se nos tachará de buscar una odiosa comparación. Pues bien; Framingham tiene un presupuesto para su Sanidad de ¡15.000 dólares!, ó sea, á razón de ¡un dólar por ciudadano!, mientras que á cada español nos corresponden unos miserables céntimos de peseta de lo presupuestado por la Nación toda para sanearnos, es decir, no ya para agua y jabón, ¡ni para estropajo!

Y si de esto pasamos á las cifras, aun sin compararlas con las extranjeras, nos daremos cuenta completa y exacta de la verdadera y lamentable situación actual de nuestra querida España, digna de mejor suerte.

Aquí, cosa que ya no ocurre en ninguna parte del mundo civilizado, de cada millón de habitantes se mueren al año 1.691; las cifras de mortalidad, que en todas las naciones van progresivamente disminuyendo, en España no sólo son más crecidas, sino que aumentan de año en año. En 1908 murieron ¡460.946! españoles, y en 1918 subió la cifra á ¡465.819!

Y si de las cifras de la mortalidad general pasamos á las de las enfermedades llamadas «evitables», porque está demostrado que se pueden evitar y se evitan en todas partes ya, veremos que en el último año murieron en España:

|   |                 |
|---|-----------------|
| Por infecciones de origen hídrico (fiebre tifoidea, colibacilosis, cólera nostras, etcétera)..... | 5.886 personas. |
| Por tifus exantemático.....   | 69 —            |
| Por paludismo.....  | 2.279 —         |
| Por viruela.....  | 2.553 —         |
| Por sarampión.....  | 5.087 —         |
| Por escarlatina.....  | 735 —           |
| Por coqueluche.....   | 2.378 —         |
| Por difteria y crup.....  | 4.048 —         |

cifras que, por sí solas, dicen más y son más elocuentes que todas las palabras y que todos los escritos para condenar nuestra incuria; y eso que entre dichas cifras no se incluyen otras que, si no completamente evitables, lo son en gran

parte, como ocurre con la tuberculosis, la sífilis y otras infecciones, entre las que también están (y éstas sí que son evitables) la anquilostomiasis, la fiebre de Malta, etc.

Todas estas cifras y algunas más, que bien explícita y claramente nos demuestran nuestro atraso sanitario, son, más que un resumen, un avance, un esbozo de los múltiples problemas que vamos á intentar, con el mejor deseo, estudiar, especificando y señalando las reales y verdaderas causas de tan elevada mortalidad y los remedios que, á nuestro modesto entender, debieran tomarse para evitarlas.

Si, como nos lo proponemos, lo conseguimos con el presente trabajo, ése será nuestro mejor premio y nuestra más estimada recompensa.

#### LA PRIMERA INFANCIA

«Así como del vigor y salud de un nuevo ser puede deducirse el porvenir orgánico de una futura familia, del mismo modo, de la manera que un pueblo eduque y críe á sus niños, puede deducirse su vida, su cultura y su felicidad.»

Dr. Tolosa Latour.

#### I

Muchas líneas pudieran y debieran escribirse hablando del niño. En todo pensamiento de organización sanitaria, en la revisión de las causas y remedios que se propongan para disminuir la morbilidad y mortalidad de España, el primer jalón, la primera piedra del edificio ha de ser necesariamente el estado de la salud y de la vida del niño y las condiciones harto tristes en que, por diferentes causas, se ejerce la protección de esos tiernos brotes de nuestra carne por la sociedad y por los Poderes públicos.

Feliz fué sin duda la notable frase de Julio Simón refiriéndose á la despoblación francesa y á su escasa natalidad: «El estadista que lograra aumentar en un millón de habitantes la población francesa, haría más por su patria que quien á costa de sangre la conquistara un territorio inmenso.»

Cierto, certísimo: estas palabras y las que encabezan este capítulo, escritas por el malogrado é ilustre Dr. Tolosa Latour, paladín entusiasta, durante toda su vida, del niño, deben ser axiomas que no puede perder de vista todo gobernante que intente en serio la reconstitución de la Patria.

Desgraciadamente, este problema, que se halla encarnado en la conciencia social y nacional, es, quizá por esto mismo, uno más entre los muchos que urge resolver, porque con toda su popularidad, con toda su necesidad, se encuentra en la hora actual bastante abandonado de los Gobiernos y aun de la misma sociedad.

Angustiosa pena nos embarga cuando leemos las cifras exorbitantes de mortalidad infantil en los boletines demográfico-sanitarios.

Dolíase muchas veces el Dr. Tolosa Latour del poco ó ningún caso que se hacía de «los chicos» en el momento en que, queriendo llevar á la realidad y á la práctica sus puntos de vista altruistas y desinteresados en favor de los niños, acudía (y esto no fué una sola vez, sino toda su vida) en demanda de protección á los Poderes públicos para la infancia desvalida. En uno de sus numerosos escritos sobre la materia leímos, si no nos es infiel la memoria, la frase siguiente: «Los antiguos persas solían pagar bien á quien curaba al hombre ó al animal; poco al que curaba á la mujer, y nada al niño.» No hace falta ser muy erudito para saber el poco caso que los pueblos antiguos hacían de mujeres y niños, así como hoy mismo ocurre en los pueblos no cristianos. ¡Cuánto nos resta aún por hacer! ¡Cuántos problemas sociales y morales no están aún resueltos en el seno de esta so-



ciudad egoísta que blasona de sentimientos cristianos! ¡Cuántos años no han de transcurrir todavía antes de que se castigue como merece al seductor y se preste el amparo debido á la mujer y, sobre todo, al desgraciado niño que llega al mundo con un estigma infamante que en modo alguno debiera tener!

Pero, dejando á un lado tan arduos y elevados problemas sociales, ocupémonos del verdadero tema de nuestro estudio.

Aterra, repito, recorrer con la vista las columnas de números que marcan la mortalidad infantil. Con ligeras variaciones venimos siendo la primera nación de Europa en matrimonios, la quinta en nacimientos y en mortalidad la segunda. Basta leer los anuarios del Instituto Geográfico y Estadístico para convencerse de ello.

En el año 1903 un médico ilustre y otro protector decidido de la infancia, el Dr. Ulecia, fundó la primera institución de «La Gota de Leche» en Madrid que lleva su nombre, y publicó un folleto, que se repartió profusamente, en el cual se hablaba de la aterradora cifra de mortalidad infantil en la villa y corte; cifra que en el año 1900, en los menores de cinco años, daba una proporción de 42,73 por 100.

España ocupa el noveno lugar con las cifras de 226,44 por 1.000, entre 14 naciones en lo que se refiere á la mortalidad de menores de un año; aún pierde puesto en la de menores de cinco años, pues, con una proporción de 420,31 por 1.000, ocupa el quinto lugar de la serie.

La nación más favorecida en ambos casos es Francia, y, sin embargo, España no aumenta su población en la proporción debida, y Francia se despuebla. El problema, aun siendo idéntico, es todo lo contrario en sus causas: Francia se despuebla por su falta de natalidad, y España no crece por su excesiva mortalidad infantil. Ambos problemas requieren que se resuelvan prontamente: tanto monta una como otra causa.

Entre los nacidos vivos y fallecidos en el primer año de la vida ó que sobreviven, España ocupa un lugar bastante desfavorable, pues sólo tres naciones, Alemania, Austria y Rusia, quedan por bajo, teniendo delante 10 y ocupando, por tanto, el número 11; y aun Alemania es excepcional su situación, debida á su inmensa natalidad en estos últimos años.

La cifra exorbitante de muertes en los menores de cinco años indica claramente el grado de atraso sanitario de un país, así como el vigor de una raza, pues en estos primeros años de la vida, las enfermedades, la herencia, la debilidad natural de la niñez, las causas fisiopatológicas, se acumulan en estos albores del vivir y requieren serios y prolongados cuidados, sobre todo para la lactancia, la dentición, el destete, etc.; y son razones que fácilmente se comprenden que cuanto mayor sea la cultura sanitaria de un país, más sanos y más fuertes serán los niños, mejor cuidados y atendidos, y menores, por tanto, las cifras de su mortalidad.

Cierto es que las cifras absolutas de estas defunciones van disminuyendo constantemente, lo cual, añadido al positivo aumento de población, mejora, siquiera sea en poco, la situación pasada.

Pudiera muy bien aceptarse una proporción de 21,37 por 100, cifra elevada todavía, que debemos esforzarnos en bajar.

El estudio de la mortalidad por poblaciones no es tampoco muy halagüeño para España ni para sus principales capitales, no incluyendo, sino, antes al contrario, señalando como una excepción muy desfavorable, á Madrid y Barcelona.

De 1898 á 1902 Madrid tenía una mortalidad infantil de

menores de un año que alcanzaba un promedio de 18,115.

Por aquellos años de funesto recuerdo para España (1898-1900), se escribía denominando siempre á Madrid como la ciudad de la muerte.

Y no es exagerando considerando que en las cifras de fallecidos menores de un año Madrid ocupa el sexto lugar entre 22 importantes poblaciones, teniéndola mayor que ella Londres, Petrogrado, Moscou, Río Janeiro y Amberes; y figura con el octavo lugar en las cifras de niños menores de cinco años, teniendo solamente por encima á Petrogrado, Moscou, Río Janeiro, Liverpool, Nápoles, Colonia y Amberes.

Y para no alargar más estas comparaciones, diremos solamente que en el año 1919, y solamente en el mes de Febrero, en el cual siempre suele ser más elevada la mortalidad, hubo en España nada menos que 10.710 defunciones! de niños menores de cinco años.

¿Y qué diríamos de algunas provincias y capitales españolas? Hay algunas de éstas que están á la cabeza con cifras que ascienden á 46,03 y 46,97 para los menores de cinco años, como son Palencia y Zamora; con 37 y 38, como Cáceres y Badajoz.

Como dato curioso apuntaremos que en el año 1919, y tal ha ocurrido casi siempre, Madrid ocupa después que Toledo el segundo lugar en la mortalidad infantil.

Con todos estos datos consideramos suficientemente de mostrada la urgente necesidad de hacer por los niños algo más que hasta aquí; es decir, algo más que prestar un platónico concurso al asunto escribiendo ó pronunciando frases y repetidos lugares comunes.

Hacer que se mueran menos niños es aumentar la población de España; y de ese aumento, que otras naciones han realizado ó están en camino de realizar, depende el porvenir de nuestra raza, de nuestra industria, de nuestro comercio y nuestra agricultura y de todas nuestras actividades.

Napoleón, enemigo personal de Mme. Stäel, á quien desterró al fin, y la que, según referencias de la época, estaba enamorada del Emperador, contestó á dicha dama una noche que hablaba con el entonces todavía primer cónsul:

—¿Qué mujer os gustaría más?

—Señora, la mía.

—No; no me explico bien—dijo Mme. Stäel recogiendo la despectiva respuesta—; quería decir qué mujer os merecería mayor consideración.

—Señora, aquella que diera más hijos á Francia—respondió, alejándose, Napoleón.

A tanto llegó la obsesión del que fué árbitro de Europa, que ordenó hacer estadísticas detalladas, que se han encontrado en sus archivos particulares, de la natalidad en las diferentes naciones que proyectaba conquistar. Cosa no extraña en el hombre que, según refiere Balzac, exclamaba una noche fría y de cielo despejado en que paseaba á la luz de la Luna con el general Berthier: «¡Cuántos hijos dará á Francia esta helada tan grande, general!»

Pero, en cambio, quien tanto se preocupaba de la fecundidad de la mujer francesa, no se dolía de arrebatlarla cada año millones de hijos en sus admirables, pero funestas empresas guerreras.

El remedio contra la mortalidad infantil es quizá problema de educación más que legislativo; pero el Estado y, más particularmente, el Municipio son los llamados á pagar, á subvencionar si es preciso, las «Gotas de Leche», las instituciones de Puericultura y demás obras análogas, puesto que en estos centros es donde las madres aprenden á lactar y á alimentar á sus hijos en esa época de vida en que



son pocos todos los cuidados para conservar la salud y robustecer el organismo.

(Continuará.)

#### TESIS DOCTORAL (1)

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

POR EL

DR. FRANCISCO BLÁZQUEZ BORES

(Capitán médico.)

Hace pocos años se ha recurrido en Norte América, como uno de los medios más racionales de destrucción de anofeles, á la instalación de criaderos de murciélagos, sabiendo que éstos son grandes enemigos de los mosquitos, ideando la construcción de torrecitas de madera en los lagos, y en la desembocadura del Missisipi, suponiendo que los murciélagos, obligados á volar lejos de sus asilos en las rocas para buscarse el alimento, y permanecer diez ó doce horas en el aire, deben albergarse con frecuencia en las nuevas moradas artificiales, próximas á los focos de anofeles. Esa torrecita no fué más que un modelo para demostración práctica, y afectaba la forma de una garita de seis metros de altura y cuatro de lado en la base, y dos en la superior, colocada sobre palos de unos tres metros clavados en el suelo, á fin de impedir el acceso de los enemigos de los murciélagos, y rematada en la parte superior por una cruz roja, para anunciar que aquel abrigo significaba una medida sanitaria.

Y son tan curiosos los estudios llevados á cabo sobre el particular, que hasta se ha llegado á calcular el número de mosquitos que han de ingerir para hacer las 50 deposiciones que se le suponen hacen al día, deposiciones que por otra parte tienen un gran valor comercial, como abonos, por su gran contenido en nitrógeno y amoníaco. Es decir, que las colonias de murciélagos que se multiplicaban prodigiosamente en los terrenos abundantes de mosquitos y á expensas de éstos, con lo cual los destruían en la proporción que hay que suponer, ofrecían un gran valor higiénico, y á la vez hacían un gran número de deposiciones excrementicias, tan ricas en materias fertilizantes para la agricultura. Se calculan de 500 á 600 los mosquitos necesarios para nutrir un murciélago en las veinticuatro horas. Es, por lo tanto, no sólo un procedimiento económico de destrucción anofelina, sino á su vez de rendimientos útiles.

Una prueba de lo que puede hacer una campaña racional y sin trabas económicas, para el saneamiento de una zona, la tenemos en Panamá. La más grave dificultad que se presentaba para llevar á término las obras del Istmo, estaba en los mosquitos; el fracaso de la primera tentativa francesa, más que á los obstáculos técnicos, fué debido á la fiebre amarilla y la fiebre malárica que ellos difundían. Y teniendo eso en cuenta, cuando los Estados Unidos se encargaron de proseguir la magna empresa, su primera preocupación fué destruir tan nocivos insectos, y fué tal el empeño y tanto el derroche de millones por la obra de saneamiento, que legaron á desterrar por completo el peligro de las enfermedades mencionadas, consultando, para la organización perfecta de su campaña sanitaria, la opinión de hombres de ciencia de todos los países. Hicieron el mayor elemento de saneamiento, con la petrolización general de todos los estanques, charcas y depósitos de aguas, criaderos abundantes de larvas.

(1) Véase el número anterior.

Eso demuestra, que las invasiones epidémicas de malaria, ni pueden sorprender, ni se deben permitir, existiendo como existen al alcance de los medios del hombre, el conocimiento de elementos para la destrucción del anofeles.

*Defensa individual.*—Cuando existen, por razones que no hay por qué repetir, dificultades para la extinción de las larvas y de los mosquitos, antes que entregarse á su acción patológica, se impone la defensa individual, la protección contra sus picaduras, impidiendo su asalto á la superficie cutánea. Se ha preconizado por algunos, pero es procedimiento que no resiste la más leve crítica, el empleo de sustancias semilíquidas en la piel antes de acostarse, como la vaselina alcanforada; pero ello no se puede aconsejar, pues sus dificultades saltan á la vista.

El medio por excelencia para la protección individual contra los culícidos es el mosquitero, hecho á base de tela de gasa, de empleo muy racional, y que desde hace mucho tiempo se viene empleando, cubriendo las partes vulnerables de la cara, y las manos defendidas con guantes.

Este procedimiento, á falta de otros, fué adoptado en el territorio de Tetuán, siendo medida de orden general que se dió, dotando á cada soldado de su correspondiente gasa y sus guantes. Se tropezó en la realidad, con que la ignorancia ó la incomodidad lo desvirtuaban, y era frecuente, á pesar de las reiteraciones y consejos que se dieran sobre su uso, encontrar á los soldados en las zonas de vigilancia peligrosas de anofeles, con el mosquitero liado al cuello, con lo cual cumplían lo ordenado de llevarlo y sólo se lo colocaban bien si creían llegar á la vista de un superior. Otro tanto ocurría con el uso de los guantes. El calor excesivo, las molestias y el sudor, les hacía buscar la comodidad, antes que la protección, no ignorando, como no ignoraban, el peligro que les acechaba. Y no digamos de tantos como los llevaban hechos jirones, rotos por todos lados, inútiles para toda preservación.

En mosquiteros de cama no había que pensar, porque agolpados en las tiendas y casi siempre en número excesivo, y durmiendo sobre paja en el suelo, no era posible. Cabía haber colocado las entradas de las tiendas protegidas por gasas, pero el deterioro de las lonas, juntamente con el ajeteo de entradas y salidas en los relevos de los servicios, hacían vulnerables las tiendas, é impracticable la medida. Y hay que considerar, que si en algunas horas se exigía la mejor protección individual era por las noches y en el sueño, más aún que en los servicios diurnos, porque ya sabemos que de noche es cuando preferentemente acuden los anofeles. Son insectos crepusculares y nocturnos, que el día lo pasan en los árboles, ó en los rincones de las habitaciones ó en las lonas interiores de las tiendas, para acudir durante la noche á su nutrición sanguínea, por la que tanta afición despliegan, sobre todo las hembras, á pesar de ser insectos de alimentación vegetal.

Muy práctico y recomendable nos parece el modelo de mosquitero reglamentario individual, que llevó el ejército japonés durante la guerra ruso-japonesa en la Mandchuria, formado por un saco cilíndrico de gasa común de color verde, ó otro color, montado en dos aros de hilo de acero, á los que mantienen separados un espiral del mismo metal; los aros tienen 25 centímetros de diámetro; la parte superior de este mosquitero está cerrada por un trozo de gasa, fijo al aro superior, y la inferior está abierta para meter la cabeza; el aro inferior lleva un volante de 20 centímetros de largo que se puede cerrar por el cuello por medio de un broche ó pasador, con lo cual queda bien defendida la cara, y puede girar la cabeza en todas direcciones. Es plegable, pesa 50 gramos, y una vez doblado, su espesor sólo alcanza centímetro y me-



dio, así que muy fácilmente lo podían llevar en la mochila nuestros soldados.

La protección colectiva, á falta de una buena defensa individual, y sobre todo en sitios donde se alberga mucha gente, es de necesidad, tanto más, cuanto que precisamente por ser muchos, es más fácil que tengan descuidos en el uso del mosquitero.

En el año 1841 propuso Spence y en 1864 Pachy, cubrir con telas metálicas las ventanas y puertas de las habitaciones en los países palúdicos, cuyo método de protección corroborada que ha sido su eficacia en las experiencias que más adelante mencionamos, llevadas á cabo por los italianos en gran escala, ha adquirido importancia capitalísima en la protección malárica.

Mencionaremos á este propósito, que Celli el 1899 hizo la primera experiencia en Italia. Dispuso que se cubrieran de tela metálica las ventanas y puertas de las estaciones del ferrocarril de Prenestina-Cerra y Ponte-Galera con los mejores resultados.

Refiere Pittaluga en su obra, que el año 1900 los doctores Sambon y Low fueron enviados por la Escuela de Medicina tropical de Londres, y se instalaron en medio de los pantanos de Ostia, en casa desmontable, perfectamente protegidos de telas metálicas, y no adquirieron la enfermedad á pesar de residir largo tiempo en esa comarca, de las más palúdicas que se conocen. Y la experiencia que menciona Grassi hecha en Salerno en la llanura peligrosa, el año 1900 comparando los resultados de dos estaciones del ferrocarril de Battiplagia á Pestres, una protegida y otra no, no dándose en aquella más que cuatro casos de 113 personas en experiencia, mientras en la no protegida todos sus habitantes sin excepción cayeron. Tan decisivos fueron sus resultados que la ley italiana de 2 de Noviembre de 1901 hizo obligatoria para todos los empleados habitantes en comarcas palúdicas la protección, por las telas metálicas, de las habitaciones.

Dada la dificultad que á mí se ofreció en el campamento africano, para la protección en las tiendas de campaña, sin contar los peligros otros que ofrecían, en orden á los enfriamientos tan frecuentes en esos países cálidos donde se dan tan grandes variaciones de temperatura dentro de las veinticuatro horas, que vienen á agravar las causas debilitantes de la tropa, yo propuse y me pareció de extrema necesidad la instalación de barracones desmontables para albergar mejor á los soldados, y donde á la vez cabía hacer esa protección colectiva, aplicando á las puertas, ventanas y demás aberturas, marcos provistos de tela metálica de hierro galvanizado cuyas mallas no pasaran de 2 milímetros, ya que todas las experiencias aconsejaban esa medida como la de protección más eficaz.

Parece que fundados en razones de inestabilidad que tenía el campamento de Malaliem, punto futuro de avance al interior, denegaban la instalación de barracones, que obligaban á mucho gasto. Sin embargo, nosotros nunca estuvimos conformes con ello, pues si sumáramos el sostenimiento y reposición de las treinta y tantas tiendas de campaña, cuyo coste aproximado creo que oscila entre 600 ó más pesetas, su mayor vulnerabilidad y deterioro á la acción de los temporales tan frecuentes allí, que era raro el año que no se inutilizaban ocho ó diez, los gastos excesivos de quinina y raciones extraordinarias, en los inválidos por falta de protección, y los gastos de hospitalización ocurridos por la misma falta, que ya hemos apuntado, llegaron en el año 17, sólo en el territorio de Tetuán, á la enorme cifra de millón y medio de pesetas, sin contar los gastos de viajes de inútiles y convalécientes.

La experiencia siguiente fué hecha por la autoridad mi-

litar japonesa en la isla de Formosa; en la misma localidad y durante la estación de las fiebres, se protegió una compañía de 115 hombres contra los mosquitos, mientras quedó sin protección el resto del batallón. De los 115 protegidos no hubo ni un solo caso de paludismo, al paso que el resto del batallón, con un efectivo de 646 hombres, tuvieron 285 maláricos, es decir, el 44,09 por 100, y la mortalidad del 1,12 por 100.

Las convincentes pruebas que afrontamos y tantas otras que podíamos citar de Sambon y Low, Botterti, Silión, etc. nos afirman en lo estérilmente que sufrimos la endemo-epidemia malárica, y lo fácilmente que se hubiera prevenido y evitado.

*Profilaxis medicamentosa.*—La profilaxis medicamentosa ó preservación del paludismo por la quinina no es un procedimiento moderno ni mucho menos, pues su origen se remonta á mediados del siglo anterior, como lo demuestra el hecho de que en la marina inglesa se hacía tomar una preparación quínica á los sujetos obligados á desembarcar en costas insalubres, hace más de un siglo.

La noción que hoy tenemos respecto al agente patógeno de la malaria, su modo de transmisión y efectos de las sales de quinina, hacen que la administración de las mismas no se ejecute empíricamente como cuarenta años atrás, y que nos demos cabal cuenta de la verdadera importancia de dicho recurso, con lo que se robustecen las opiniones de sus partidarios en cuanto es justo, porque al mismo tiempo nos ha demostrado la ciencia hasta qué grado corresponde el éxito antipalúdico de la quinina y donde termina su utilidad para convertirse en nociva.

La lista de los médicos partidarios de administrar la quinina como preventivo comprende la mayoría de los de las Escuelas francesa é italiana, de cuya opinión han compartido los españoles, que en las últimas campañas coloniales la suministraban á la tropa con el desayuno.

De buenos resultados obtenidos con la quinina hay múltiples noticias desde 1717, en que se usaron las quinas por primera vez (según Laverán) durante el sitio de Belgrado, consiguiendo de este modo el comandante Bouneval verse indemne y preservar á sus hombres de las fiebres.

En 1848 escribía C. Huet: «Está bien probado hoy, y es un hecho completamente adquirido para la ciencia, que la quina tomada á ciertas dosis y con determinados intervalos, puede poner perfectamente al abrigo de la intoxicación palúdica á los individuos que permanezcan en medio de los pantanos tenidos por más insalubres.»

Renol dice, en 1851, que si la quinina no impide siempre la fiebre, garantiza contra las perniciosas.

En Crimea, en el Senegal, y en la expedición inglesa á China, se hizo uso con buen resultado del tratamiento preventivo.

Según Al. Brijson, citado por Laverán, en la marina inglesa era práctica antigua dar polvos de raíz de quina en vino ó aguardiente á los marineros que tenían necesidad de saltar á tierra en regiones palúdicas para hacer aguada, á trabajos penosos, etc., y el mismo autor refiere, en prueba de la bondad de esta práctica, que de 20 tripulantes y un oficial que en determinada ocasión fueron á Sierra Leona para trabajar durante el día, y de la dotación de dos chalupas de la Hydra, destacados dos semanas para explorar las riberas del Sherbo, sólo hubo un caso de paludismo, y este fué el oficial de la fuerza de desembarco citada, que se negó á tomar la quina con el vino, como hacían los marineros á sus órdenes y los de las chalupas, siguiendo las instrucciones que habían recibido y eran práctica corriente en circunstancias análogas.



Otras muchas observaciones como la anterior se registran en las obras de la especialidad, pero consideramos innecesario relatarlas todas; así pues, sólo citaremos los éxitos obtenidos cuando empezó á administrarse la quinina en la construcción del canal de Panamá, las conseguidas por Bai-Kic en su excursión por Africa, y las alcanzadas por los americanos en la guerra de Sucesión, y ahora veamos algunas experiencias hechas con todo el método posible, y en condición de garantía para sacar conclusiones ajustadas á los hechos.

Wassen usó en su Regimiento la quinina á título profiláctico en 200 hombres, durante el período de las fiebres, á la dosis de 30 centigramos diarios, desde el mes de Abril hasta el de Octubre, y sólo registró cuatro casos de paludismo en dichos 200 hombres, mientras que en el resto del Regimiento, que eran 400 hombres, asistió 300 palúdicos.

Samuel Logan dice que en 1869, durante la campaña en Carolina del Sur, notó que mientras enfermaban el 59 por 100 de los soldados de su Regimiento que no tomaban quinina, y el 39 por 100 de los que la ingerían irregularmente, sólo contraían la fiebre en proporción de 19 por 100 los que tomaban 0,25 gramos diarios de dicha substancia.

Los procedimientos usados para propinar la quinina pueden, según Laverán, clasificarse así: pequeñas dosis (de 10 á 25 centigramos diarios), dosis medianas alternas (30 á 50 centigramos), y fuertes dosis una ó dos veces por semana (60 centigramos á 1 gramo). Las pequeñas dosis diarias han sido empleadas con éxito por diversos autores: Yiek de Pola, en América (10 centigramos); Buchonan, en la India (10 á 15 centigramos); Sezary y Coruebois, en Argelia (15 centigramos); F. de Cavallerleone, en Italia (20 centigramos); Samuel Logan, en la Carolina del Sur; Virie, en Madagascar; Salanone Ypin, en el Sudan francés (25 centigramos).

Pressat, de quien tomamos los datos que anteceden, asegura que sólo tuvo entre sus trabajadores de Ysmailia cuando el saneamiento, un malárico, que fué precisamente un europeo que se negó á tomar los 20 centigramos de quinina que diariamente ingerían sus compañeros, y dice también que estando realizándose al mismo tiempo que el saneamiento expresado, el dragado del Canal Albasieh por hombres que no hacían uso de la quinina, cayeron casi todos ellos con fiebres bien diagnosticadas de malaria con el microscopio.

Las dosis medianas alternas han dado también buenos resultados á Chandoye, d'Quenee, y d'Abbatucei en Argelia, Túnez, Madagascar y Tounkin.

Pittaluga cree mejor la dosis cotidiana de 30 centigramos asociada al arrenal. Plehn, en el Camerón daba 1 á 1  $\frac{1}{2}$  gramos un día ó dos, con cinco de descanso. Igual dosis, con ocho días de descanso, la escuela de Koch.

Battesti y Celli son partidarios de este procedimiento que han practicado con éxito en Italia (Vigario, Grosseto y Córcega).

Ros, que emplea las pequeñas dosis diarias, aconseja dar dos veces en semana 50 centigramos en lugar de los 25 que á diario propina.

Las fuertes dosis una ó dos veces por semana, usadas ya por Vallix, Grosser, Stendel y Tournier, con buen resultado, se han puesto de moda en la India Neerlandesa, por Koch, quien da un gramo cada semana, en una dosis al principio, y luego un gramo repetido en dos días consecutivos cada diez ú once.

Este método ha proporcionado éxitos en el Africa oriental alemana, en Zanzibar, en Ollrigg y en el Congo Belga, así como en Talamone, Ystia, Grosseto y Montepescari (Italia).

Las estadísticas de morbosidad de Gossio, que en los contornos del pantano Grossetane da dos gramos de quinina durante dos días consecutivos cada semana, son, según Pressat, los que siguen:

Habitantes de los alrededores de Grosseti, sin protección mecánica ni específica, 84,18 por 100.

Habitantes protegidos mecánicamente, que no toman quinina, 44,11 por 100

Habitantes protegidos mecánicamente, que toman quinina, 16,29 por 100.

Habitantes que toman la quinina, sin protección mecánica, 13,57 por 100.

Estos resultados, que á primera vista se vuelven contra la protección mecánica, son, como dice muy bien Pressat, éxitos terapéuticos y no profilácticos, pues está probado por Biuz, Kernes, Lepidi-Cuiots y Baccelli, que la quinina que se introduce en la economía humana aparece en la orina de los diez á los veinticinco minutos, según sea ingerida, absorbida, por el recto, inyectada bajo la piel ó en las venas, y sabemos también que á las treinta y seis horas como máximo, según Kernet, y mucho antes, según Manquat, se ha eliminado del organismo toda la quinina, y por consiguiente que resulta sin defensa y apto para ser infectado á las treinta y seis horas de la dosis preventiva, desde cuyo momento puede infectarse, pero que antes que el hematozoario complete su evolución para ocasionar acceso, es destruido por la nueva dosis medicamentosa, lo que no es prevenir, sino curar, porque la enfermedad ya existe, aunque sea en el período de incubación.

En atención á lo que acabamos de exponer, teniendo en cuenta que las fuertes dosis de quinina no están exentas de peligros para el organismo, y que con las medianas se han obtenido frecuentes fracasos (Sergent y Pressat), así como que con las pequeñas dosis diarias se consigue que constantemente circule por el torrente sanguíneo el medicamento preservativo, parece preferible este método, si bien limitando su empleo, como dijimos en párrafos anteriores, á aquellos sujetos que forzosamente hayan de permanecer durante las horas de más peligro expuestos á las picaduras del anopheles.

Respecto al modo de administración de la quinina, creemos que el preferible es darla en sellos, porque se toma con más facilidad que las soluciones, y con menos repugnancia y más garantía de absorción que los comprimidos y píldoras.

La hora de la elección para tomar el medicamento es á la puesta del sol, porque así obra aquél durante la noche, que es cuando se corre el mayor riesgo de infección.

El sulfato, por su baratura, abundancia y buenos resultados, es la sal de quinina que empleamos, á pesar de lo que aconsejan los partidarios del clorhidrato, porque las ventajas enumeradas compensan sus inconvenientes (difícil solución, pequeña proporción de quinina, etc.).

Con el mismo objeto que la quinina, se han recomendado para preservarse del paludismo las dosis de azul de metileno, clorhidrato de fenocol, cinchonidina, cinconina, etcétera, etc.; pero respecto á esto creemos, como dijimos en el capítulo consagrado al tratamiento, que la quinina es insustituible, porque es específico contra el hematozoario, y que hasta la fecha no se conoce remedio ninguno que pueda reemplazarle cumplidamente, aunque hay algunos, como el exanofe y el palusol, que por estar compuestos en su mayor parte por la quinina se emplean con éxito, y otros como el arsénico en sus diferentes preparados, y el hierro, que dan buenos resultados también en los casos de anemia y caquexia postpalúdica.



Otro proceder profiláctico de gran valía es curar á todos los palúdicos y alejar á los incurables; su necesidad se explica con sólo tener en cuenta que el anopheles en sí no es perjudicial, puesto que indispensablemente necesita infectarse previamente para transmitir la malaria luego con sus picaduras.

No podemos negar que la profilaxis química tiene su indicación y tendrá su eficacia—una y otra desde luego inferiores en virtud á la profilaxis y defensas mecánicas;—pero lo que sí decimos es, que en nuestras observaciones de Malaliem no vimos las excelencias de esa profilaxis. Acaso fuera á que por las circunstancias excepcionales de carestía medicamentosa todo se adulteraba, pero nosotros que veníamos dando cotidianamente 50 centigramos de sulfato de quinina desde que empezó la primavera del año 17, con descansos de diez días cada veinte, no apreciamos atenuación alguna en la magnitud epidémica.

No era nuestra dosis de las más pequeñas, y sin embargo nada logramos. Todo lo que no sea, á mi entender, la saturación química, no tiene eficacia, á pesar de los éxitos que otros pintan, y esa saturación no se puede sostener, pues no es medicamento inocuo. Por eso, yo no diré que mi fracaso fuera el del tratamiento preventivo medicamentoso, pero que no aprecié sus beneficios. Y ante el peligro de la infección palúdica ó la intoxicación química, quizá sea preferible todavía el primero.

Claro es, que en la realidad no basta muchas veces mostrar ó tener preferencia por una ú otra forma de profilaxis, pues hay que ajustarse á los medios de que se disponga, y conformarse con la cultura de las gentes donde se emplee.

En lo que concierne á la vigilancia y tratamiento de los palúdicos mismos, ya en el capítulo que trata de la defensa antipalúdica hablamos de ello y de la creación de hospitales especiales, para los que hay que tener presente la influencia de la altitud en la cura del paludismo, y en la profilaxis del mismo, que de 1.000 metros para arriba la temperatura nocturna es siempre baja para que el hematozoario pueda cumplir su ciclo en el organismo del mosquito. Afirmen Garin y Pasquier que por encima de 1.000 metros los mosquitos no pican. En estudios hechos en el Laboratorio de Loutraz á 1.100 metros, para observar si los microzoarios verificaban el ciclo de Golgi, no se ha podido conseguir. Y se ha observado que las hembras de anopheles transportadas á esas alturas no pican, á pesar de ponerlas en ocasión de ello, y en cambio se nutrían con jugos azucarados que se disponían para que se alimentaran.

Iguales observaciones hizo Finlay con los stegomias calopus, en cuyos fundamentos y experiencia tiene su razón la profilaxis de altitud.

Por obra del instinto, fruto de la experiencia, pero cuyas razones no podrían ellos explicar, los indígenas de Marruecos, en las épocas del calor, en que el peligro palúdico azota en las llanuras, dejaban sus jaimas y viviendas de los valles, y se trasladaban á la montaña, buscando en la altitud la defensa contra la enfermedad.

#### ORIENTACIONES EN LA DEFENSA ANTIPALÚDICA

El peligro palúdico ya hemos dicho, no lo es sólo en sí por sus invasiones en el ejército de la zona marroquí, sino que los individuos inoculados vuelven luego á la península, ya en uso de licencia por enfermos, ya en licencia definitiva, y son vehículos de propagación en todas las provincias españolas. Los datos estadísticos sanitarios acusan un alza grande en la extensión palúdica, y ello da un nuevo factor para acudir á la lucha antipalúdica, no ya sólo en Marruecos, donde tan importantes razones médico-militares lo reclaman, sino en

España, terreno de derivación de los individuos allí inoculados, que lo reparten por toda la nación.

En el tratamiento confirmativo y extinción de los parásitos hay que derrochar oro, que los problemas sanitarios deben ser preferentes en el sacrificio si lo hubiera, pues supone ahorro de víctimas, y no se malgasta en kilogramos de quinina, de arsénico y de hierro, acrecentando quizá los sacrificios.

En los países donde se presta mayor atención á los asuntos de la salud y á la vitalidad y energía de la raza, se ha hecho de la lucha contra el paludismo una campaña sistemática, cuyas precauciones, organización y resultados son dignos de imitarse, y por lo reciente hemos de mencionar aquí lo más esencial, en cuya norma podríamos inspirarnos para una lucha análoga.

Donde más perfecta aparece la organización antipalúdica es en Francia, donde dieron el grito de alarma á fines del año 1918 Guiart y Garin, en Lyon, y Würtz, en París, ante la avalancha de enfermos, portadores del hematozoario de Laverán, que llegaron á los hospitales franceses, procedentes del ejército expedicionario de Oriente, con lo que se podía temer que los mosquitos anopheles, tan numerosos en ciertas regiones de Francia, inoculados por ellos, transportaran los gérmenes á la población sana. Reconocieron un peligro que era preciso combatir, donde se aunaban las dos condiciones de explosión: numerosos portadores de gérmenes diseminándose y numerosos anopheles; y el asunto, intervenido por autoridades médicas como Blancher y Laverán, trascendió á la prensa y al público, y en 29 de Marzo de 1917, el subsecretario del Servicio de Sanidad inició las medidas de precaución contra la enfermedad, que á pesar de todo no se pudo evitar que bastantes casos se presentaran, lo que prueba que con ser tantas las medidas tomadas, no fueron eficaces del todo.

(Se continuará).

### Bibliografía.

ELEMENTOS DE FÍSICA, por Walter Guttman. Traducido de la 20.<sup>a</sup> edición alemana, por D. Julio Palacios Martínez. —(Publicaciones «Calpe» de Biología y Medicina. Un tomo de 244 páginas con 185 grabados: 12 pesetas.)

La Física de Guttman es una obra dedicada á todos aquellos que necesitan esta ciencia como auxiliar, tales como los médicos, farmacéuticos, odontólogos, etc. El propósito del autor ha sido «exponer las más importantes leyes y hechos de la Física en forma breve, clara é inteligible»; la mejor prueba de que lo ha conseguido plenamente y de que además este propósito ha sido acogido con especial complacencia por aquellos á quienes el libro está dedicado, es, que en un corto número de años se han hecho en Alemania 20 ediciones de esta obra.

Estos *Elementos de Física* se distinguen en seguida de los que con el mismo título se conocen en España, tanto de autores nacionales, como de los extranjeros traducidos; desde luego, y como el mismo Guttman advierte, su libro no pretende de ningún modo substituir á los Tratados superiores. Como su título indica, es un libro elemental, pero en este sentido es un libro completo, en el que no solamente se explican y razonan con gran claridad las leyes y teorías de la Física, sino que también se ocupa de las modernas adquisiciones de esta ciencia (radioactividad, ondas eléctricas, corrientes de alta frecuencia, ionización de los gases, rayos Roentgen, aplicaciones de la electrolisis á la Medicina, ultramicroscopía, etc.); el autor se preocupa sobre todo de que las cuestiones puedan comprenderse con facilidad, y así lo



dicen claramente su gran cuidado por la etimología de las palabras científicas y la profusión de ejemplos demostrativos. Finalmente, los *Elementos* constan de un Apéndice de «Definiciones, leyes y fórmulas importantes», verdadero diccionario de gran utilidad práctica para los no muy versados en la materia.

Contiene el libro numerosos grabados, y en cuanto á la traducción basta decir que ha sido hecha por uno de nuestros físicos más eminentes, D. Julio Palacios, catedrático de Termología de la Universidad Central.

EMILIO LUENGO.

## Periódicos médicos.

### ENFERMEDADES INFECCIOSAS

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. La roña como secuela é indicio de la fiebre tifoidea.**—El Dr. Martínez Vargas dice que la roña *spurcitia* y *sordes* en latín, constituye, cuando coincide con un enflaquecimiento general, un signo valioso para hacer el diagnóstico retrospectivo de la fiebre tifoidea. No debe utilizarse este vocablo, como se hace en algún Diccionario médico moderno, para definir exclusivamente la sarna, porque esta enfermedad, producida por el *acarus*, tiene un nombre específico y expresivo, *sarna*, al paso que las placas de suciedad cutánea, definidas popularmente con la palabra *roña*, no tienen ninguna otra denominación, y ésta, además de ser muy típica, tiene la ventaja de hallarse sancionada por el uso.

En realidad, estas placas no deben considerarse como efecto de la suciedad, esto es, como consecuencia de la falta de limpieza, del no uso del jabón y agua, toda vez que estas manchas se presentan aun en enfermos que han sido tratados con la balneación frecuente, y persisten algunos días, aun cuando se les lave todos persistentemente con agua, jabón y cepillo.

Estas placas se presentan en forma de círculos irregulares en la piel del abdomen, en las mejillas, en la cara palmar de las manos, en la planta de los pies, en el tórax y en la cabeza. Sus límites no son perfectos, antes bien, los bordes van esfumándose en la piel vecina, limpia y libre de manchas. Son éstas producidas por la aglomeración de las células epidérmicas, que se concrecionan con el producto exudado por las glándulas sebáceas de la piel, y forman una especie de costra fina, que tarda en desprenderse y dejar la piel limpia; no deben imputarse á la falta de limpieza, sino á la descamación parcial, al desprendimiento incompleto de los epitelios y á su mescolanza con el sebo cutáneo.

Su génesis está ligada á trastornos de los nervios de la nutrición, por los cuales la dehiscencia de las células epiteliales de la epidermis se realiza no insensiblemente, imperceptiblemente, sino en masa y antes de separarse de la piel; el unto sebáceo segregado por las glándulas cutáneas las concreta y amasa, formando como una pasta.

Suelen presentarse estas placas en los últimos períodos de la fiebre tifoidea, en la tuberculosis febril y en los estados infecciosos; pero, según mi experiencia, son peculiares tan sólo de la fiebre tifoidea, por lo cual, cuando coinciden con un enflaquecimiento general, sirven, en ausencia de todo otro síntoma, para inducir el diagnóstico de fiebre tifoidea.

Antaño esta afirmación podía quedar en el aire sin una demostración evidente, y aún podía oponerse á ella, en el terreno de las conjeturas, cualquier otra hipótesis; hoy, dados los medios de que disponemos, nos es fácil corroborar esta opinión con las contrapruebas del Laboratorio.

Así ocurrió con el enfermo cuya historia expongo á continuación:

El 2 de Enero de 1920 ingresó en mi clínica el niño M. A., de doce años. Hecha la orientación diagnóstica, destacábase un gran enflaquecimiento, anemia profunda y apetito excesivo. No ofrecía ningún síntoma visceral que diera cuenta de tal anemia y de tan intensa autofagia. La temperatura era normal, de 37°, y el pulso de 120 y 130 pulsaciones por minuto, rítmicas; las digestiones, perfectas; el sueño, tranquilo.

Ante aquella mezquindad sindrómica y ante el silencio del niño, no habríamos podido aclarar el diagnóstico si no hubiéramos reparado en unas placas de roña que en la palma de las manos, en la cara y en la pared anterior del abdomen había, como atestiguando que el niño se hallaba en la convalecencia de una fiebre tifoidea.

Con efecto, se apeló á la práctica de diversas reacciones.

La suerorreacción de Widal dió una aglutinación fuertemente positiva para el cultivo de los bacilos de Eberth; la del paratífus fué negativa.

La reacción de la tuberculina fué asimismo negativa.

Materias fecales: la investigación de los bacilos de Koch fué negativa.

Orina: la investigación de la glucosa y de la albúmina fué negativa.

Espustos: la investigación de los bacilos de Koch fué negativa; la flora microbiana era además escasa.

Presión arterial: máxima, 12; mínima, 6.

Viscosidad sanguínea: 4.

En este como en otros casos, las contrapruebas de Laboratorio han comprobado por modo cierto que la fiebre tifoidea sospechada por las placas de roña había existido en este niño y en cuya convalecencia se hallaba. Y tres días más tarde, la familia, en su visita al Hospital, nos manifestó que el niño llevaba seis semanas enfermo de fiebre tifoidea, según les había asegurado el médico de cabecera y corroboramos con el interrogatorio. (*La Medicina de los Niños*, Octubre de 1921.)

### PSIQUIATRIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. Síndrome aparético-afásico de la frenastenia cerebropática post-natal.**—El Dr. L. Ciampi refiere la siguiente nota clínica:

V. C., italiano, nacido en Abril de 1911, admitido en la «Casa de cura y de educación para niños nerviosos», de Roma, el 3 de Julio de 1919.

*Antecedentes familiares.*—Nada notable en los antecedentes y colaterales paternos. Padre de constitución física buena, de edad avanzada, de inteligencia, si no insuficiente, ciertamente no brillante. Niégase alcoholismo y lúes.

La rama materna parece inmune de taras morbosas. Sin embargo, la madre presenta temperamento neuropático: tuvo ocho embarazos, de los cuales terminaron cinco en abortos. De los dos hermanos de V. uno murió durante el parto; el otro vive, pero tiene inestabilidad del carácter.

*Antecedentes personales.*—Nació á término, pero se hizo necesario el uso del fórceps. Los primeros dientes aparecieron á los seis meses; los primeros pasos los dió á los trece; las primeras palabras las pronunció á los diez. Lactancia materna, hasta los diez meses; después, lactancia mercenaria, hasta los diez y ocho. El desarrollo fué del todo normal, comprendido el del lenguaje, hasta los cuatro años y medio. En esta época presentó fiebre, durante veinticuatro horas, vómitos y desvanecimiento sin convulsiones; no se observó



parálisis ni trastornos evidentes del lenguaje. Sólo después de tres á cuatro meses se comenzó á notar una disminución del vocabulario y, contemporáneamente, un estado de inquietud, inestabilidad é impulsividad.

Poco después, á los cinco años de edad, tuvo un ataque epileptiforme, después del cual apareció una hemiplejía. Esta hemiplejía (izquierda, según el recuerdo, por lo demás incierto, de la madre) desapareció en el transcurso de las veinticuatro horas. Inmediatamente después, la pérdida del lenguaje se fué acentuando progresivamente, hasta que á los siete años de edad la palabra desapareció enteramente.

La inquietud y la inestabilidad, que se habían acentuado después del ataque epileptiforme (tiraba sin motivo los objetos al suelo, gritaba siempre, estaba en continuo movimiento...), desde un año de iniciada la enfermedad (parece á raíz de un tratamiento mercurial) disminuyeron lentamente; pero la inteligencia y la palabra perdida ya no se recuperaron. No se experimentó ningún tratamiento médico-pedagógico antes de su admisión en la «Casa de cura y de educación» porque las condiciones graves en que se encontraba el niño (inestabilidad, aprosexia, afasia...) no lo aconsejaban.

*Status en Julio de 1919.*—Niño de tipo eurítmico, sin atipias morfológicas dignas de mención. Estado general de nutrición, discreto. Enuresis nocturnas, intermitentemente. Sueño, escaso. No hay signos evidentes de lúes hereditaria. Reacción de Wassermann, negativa. Desarrollo físico, regular.

No hay parálisis, ni paresis, ni temblores. Levísima insuficiencia del facial derecho. Destreza manual, deficientemente desarrollada. No sabe (¿ó no quiere?) vestirse ni desvestirse solo. Hay que observar á este respecto que no se le habituó ni ejercitó desde el comienzo de la enfermedad.

Estereotipias motrices con la cabeza, la boca, el tronco y cada uno de los dedos. Ligero aumento de los reflejos en general. No se observa Babinski. Pupilas iguales, de amplitud mediana y reaccionando bien á la luz y á la acomodación. No existen trastornos de la sensibilidad; sensaciones viscerales, normales. El examen del oído, realizado muchas veces y con varios procedimientos, de día, en la obscuridad, de noche, permite asegurar que el niño oye perfectamente los tonos medios. El examen completo con la serie tonal de Bezdol no ha sido posible terminarlo, dadas las condiciones especiales del niño.

Aspecto desorientado; fisonomía melancólica; risas y sonrisas inmotivadas; ausencia de expresión oral; emisión estereotipada de sonidos inarticulados.

Comportamiento inestable; aprosexia; ninguna tendencia al juego (colectivo ó individual); no manifiesta curiosidad; no hay sugestibilidad ni capacidad para aplicarse á ningún género de trabajo. La inquietud, inestabilidad y excitación se alternan con períodos de calma y tranquilidad relativas.

Durante las crisis de excitación el niño llora, grita y está en continuo movimiento, corre, toca cuanto le rodea. Es de advertir que, no obstante ser intensa la excitación, no ha ocurrido jamás que rompiera objetos, los arrojara al suelo ó se manifestara peligroso para sus compañeros ó para sí mismo.

En los períodos de tranquilidad el enfermo es capaz de permanecer sentado por algunos minutos; se detiene frente á la ventana y sonríe, sin que sea posible comprender la causa que motiva esa sonrisa. Verdad es que no participa de la vida del ambiente; no se interesa por sus compañeros, ni se deleita con sus juegos y menos aún intenta imitarlos; vive completamente aislado en medio de la multitud. Se nota intolerancia para los sonidos altos y para la música, se tapa las orejas ó huye cuando oye cantar ó percibe los acordes del piano.

Comportamiento bastante correcto cuando se lo lleva de paseo por la ciudad.

El niño comprende el significado de las palabras: ejecuta mandatos elementales y acciones á veces bastante complicadas, previa una simple explicación oral, vale decir, sin ayuda de gestos. La mayor parte de las preguntas quedan sin respuesta; ésta se verifica sólo una vez que otra, y precisamente cuando la acción pedida persigue un fin netamente egoísta (buscar y tomar un dulce, vestirse para ir de paseo, etcétera).

Nunca se le ha podido hacer articular una palabra, ni se ha notado esfuerzo de parte del enfermo para intentarlo. Cuando desea ardientemente alguna cosa, toma de la mano á la persona que está á su lado y la acerca al objeto.

Como cabe imaginarse, no ha sido posible hacer la valuación intelectual de este sujeto por medio de los reactivos mentales (de Sanctis, Binet, Rossolimo, etc.). Clínicamente, se puede decir que presenta una insuficiencia mental de grado medio.

*Status en Marzo de 1920.*—El niño ha mejorado, se muestra más tranquilo. Las crisis de excitación han disminuído notablemente en número y atenuadas en la intensidad.

Su conducta es más correcta; demuestra simpatía hacia algún compañero. Reconoce á las personas. Es menos extraño al ambiente.

No ha pronunciado nunca una palabra; pero con más frecuencia que antes invita á las personas, tomándolas por la mano y acercándolas á los objetos y cosas para obtener lo que desea. Persiste la emisión de sonidos estereotipados y la ejecución de movimientos rítmicos con las manos (golpear el pecho, introducirse los últimos cuatro dedos en la boca, etc.). Muchas veces espanta en las manos y presenta signos de negativismo.

Lo que he observado en modo particular, especialmente en los últimos meses, son posiciones catatoniformes que recuerdan las de la demencia precoz; el niño asume espontáneamente posiciones anormales, que mantiene durante cierto tiempo.

Se extiende en consideraciones sobre la etiología y diagnóstico diferencial de la enfermedad, y termina con las siguientes conclusiones:

Existe en la infancia un síndrome morboso que no representa una entidad en sí: con toda probabilidad debe considerarse como una variedad de la frenastenia cerebropática tardía. Teóricamente, dados los resultados de las investigaciones anátomo-patológicas de diversos autores á propósito de la idiocia, no se puede excluir la posibilidad de que en algunos casos se trate de un debilitamiento precoz de los elementos nerviosos por determinismo degenerativo hereditario.

La enfermedad se manifiesta bruscamente después de un período de desarrollo físico y psíquico normal, y parece estar ligada, inicialmente, á un proceso flogístico cerebral. Además del decaimiento intelectual progresivo, que puede llegar hasta un alto grado de insuficiencia, está caracterizada por una parálisis de la atención. Es patognomónico del síndrome un empobrecimiento progresivo del vocabulario hasta su completa desaparición (afasia, de tipo motriz), con estado concomitante de excitación psicomotriz que puede llegar hasta el epileptoidismo ó la epilepsia. Faltan parálisis, paresias ó contracturas: á lo más, se observa vivacidad de los reflejos profundos. A veces (como en nuestro caso) se notan *grimaces*, estereotipias motrices, gritos estereotipados, fenómenos catatoniformes, que no tienen otro valor que el que se da á tales trastornos al encontrarlos en casos comunes de idiocia é imbecilidad.



Es un síndrome, más bien raro, que es menester diferenciar, sobre todo, de la idiocia afásica, del audimutismo y de la *demencia precocísima*.

Respecto de la etiología de esta enfermedad, creemos que la heredolúes debe tener una parte preponderante.

En lo concerniente á la patogénesis, el concepto emitido por De Sanctis, en 1916, me parece hasta hoy el más respetable:

a) Lesión lenta en una zona cerebral, que lleva necesariamente y poco á poco á las alteraciones en la articulación de la palabra, y luego á la pérdida de ésta.

b) Lesión que interesa á ambos hemisferios.

c) Lesión que inhibe, á causa de su extensión, el desarrollo psíquico y especialmente la atención.

d) Lesión que, rompiendo la solidaridad de las partes, suprime los frenos del área psicomotriz rolándica, hasta reducirla ó convertirla en zona epileptógena.

Adviértense muy á menudo, en el curso de la enfermedad, *poussées* hasta tanto desaparece por completo el lenguaje y se acentúa un grado más ó menos elevado de insuficiencia mental. A veces la excitación psicomotriz tiende á disminuir; y en los casos con epilepsia convulsiva, los ataques se rarifican ó desaparecen.

El tratamiento yódico ó mercurial, unido al calmante, parece ser el más útil en este síndrome.

Respecto á la utilidad del tratamiento médico-pedagógico, la experiencia es demasiado limitada. Es necesario enriquecer aún la literatura sobre tal asunto y seguir por mucho tiempo los casos que se presenten, y, sobre todo, pedir á la anatomía patológica las posibles dilucidaciones. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 10 de Marzo de 1921.)

## ENDOCRINOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. La glucemia en los basedowianos, por P. Sainton, E. Schulmann y Justín Besançon.—La coincidencia de la diabetes y de la enfermedad de Basedow es conocida desde hace largo tiempo, pasando ya de 100 los casos en que se ha observado la presencia de azúcar en la orina de estos enfermos, admitiendo los autores de un modo general un promedio del 2 ó 3 por 100 de basedowianos con glucosuria, y, por tanto, la existencia de una diabetes de origen tiroideo, ó basedowiana. Sin embargo, hasta ahora no ha sido fácil la descripción de caracteres clínicos peculiares de esta variedad de diabetes; unos autores describen dos formas sintomáticas: una duradera y grave, otra ligera y temporal.

Marcel Labbé piensa que pueden encontrarse diversos tipos, pero que existen caracteres propios de la diabetes basedowiana, que son: 1.º Una glucosuria más resistente y más independiente del régimen que en la diabetes ordinaria; 2.º, un paralelismo entre los ataques de diabetes y la enfermedad de Basedow; 3.º, una cierta facilidad para que se presente la acidosis, debido, sin duda, á los trastornos del metabolismo nitrogenado, puesto que el hipertiroidismo destruye las albúminas celulares y provoca pérdidas nitrogenadas, y 4.º, la eficacia del tratamiento iodado.

Los autores del trabajo que resumimos, encaminados á aportar alguna claridad en esta cuestión, han estudiado la sangre de una serie de enfermos con bocio exoftálmico, investigando con cuidado la cantidad normal de azúcar en la sangre de estos enfermos por medio de los métodos colorimétricos y sus variaciones bajo diversas influencias provocadoras, como la ingestión de glucosa, la inyección de extractos glandulares, de suprarrenales, de hipófisis, de tiroides. Han utilizado como procedimiento de dosificación el

método microquímico de O. Follin y Wu Hien, cuyo principio es el siguiente: en el mismo tubo en que tiene lugar la reacción cúprica, se provoca una coloración azul estable por adición de una solución fosfomolibdotúngstica, cuya intensidad se mide colorimétricamente por comparación con soluciones de glucosa tratadas paralelamente (1). Respecto á la glucemia normal en los basedowianos, el estudio de los autores ha comprendido 15 individuos con bocio exoftálmico, otro con bocio simple y algunos testigos; el síndrome de los 15 basedowianos era de importancia diferente (muy acentuado, medio ó ligero). La extracción de sangre se practicaba en la vena del codo por la mañana, en ayunas. Las cifras obtenidas de glucemia normal en estos enfermos han oscilado entre 0,64 gramos y 1,90 gramos, siendo la media 1,12 por litro. El enfermo con bocio simple acusó 1,11 gramos y los testigos 0,83 gramos por término medio. Practicada la dosificación en diversas ocasiones para conocer si estas cifras experimentaban variaciones, obtuvieron siempre resultados que no variaban más de 0,05 gramos, afirmando al mismo tiempo la constancia de la glucemia y la precisión del método. La glucemia normal aparece, por tanto, un poco elevada en los enfermos con bocio exoftálmico, pero sin que pueda hablarse realmente de hiperglucemia; tampoco parece existir ninguna relación entre la intensidad del síndrome basedowiano y la concentración de glucosa en la sangre. En lo que se refiere á la glucemia provocada, los autores han estudiado la glucemia alimenticia recogiendo la sangre una hora después de la ingestión de 1,75 gramos de glucosa por kilogramo de peso. Normalmente, para Rouillard, después de la ingestión de 150 gramos de azúcar, la glucemia al cabo de una hora no debe pasar de 1,35 gramos. El promedio de los resultados obtenidos por los autores es de 1,67 gramos, ó sea un exceso de 0,32 gramos, siendo la diferencia entre la glucemia normal y la alimenticia de 0,55 por término medio. Para la glucemia adrenalínica inyectaron medio miligramo de solución de adrenalina Clin al milésimo, investigando la glucemia una hora después en 13 enfermos y una serie de testigos. Completaron el examen en algunos sujetos por la absorción de una cierta cantidad de glucosa, con objeto de reproducir en el hombre las experiencias de Achard, Ribot y Binet en el perro y conejo, que han mostrado que el aumento de la glucemia en este caso es mayor que la suma de los aumentos producidos por la adrenalina sola y la glucosa sola. Una hora después de la inyección de adrenalina obtienen los autores una cifra media de 1,84 gramos, siendo la cifra mayor 3,10 gramos, con una diferencia de 2,15, y la cifra menor de 1,18 gramos. Los enfermos que ingirieron previamente glucosa dieron cifras más elevadas (2,35 gramos por término medio). Las cifras de glucemia obtenidas, confrontadas con las observaciones clínicas, no concuerdan tampoco con la intensidad del proceso basedowiano. Realmente se encuentra casi siempre hiperglucemia en dichos enfermos, pero también se la encuentra en numerosos testigos, lo que disminuye singularmente su valor; para los autores, la hiperglucemia adrenalínica no puede afectar, por tanto, en el diagnóstico de la enfermedad de Basedow el carácter de certidumbre que algunos han querido atribuirle. La glucemia, después de la inyección de un centímetro cúbico de extracto hipofisario, equivalente á medio lóbulo posterior de hipófisis de buey, ha alcanzado cifras poco diferentes de las de la glucemia normal en las experiencias de los autores. También han sido negativas sus experiencias para provocar

(1) Para detalles, véase Ch. Guillaumin. «Sur le dosage des sucres reducteurs dans les liquides de l'organisme. étude critique d'une microméthode de O. Follin et Wu Hien.» *Journ. de Pharm. et Chimie*, t. XXII, núm. 10, 16 Noviembre 1920, pág. 373.



la glucemia por la inyección de extracto tiroideo, por todo lo cual los autores estiman que la diabetes basedowiana es casi inadmisible. (*Presse Medicale*, núm. 74, 14 de Septiembre de 1921.)—LUENGO.

### DERMATOLOGÍA EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. Un caso de ectima simulando una sífilide tubérculo-ulcerosa.**—El Dr. José May publica el siguiente instructivo caso clínico:

En Agosto del año 1919 concurre á la Policlínica Dermatológica del Hospital Maciel el enfermo I. L., oriental, de treinta y ocho años, casado, á consultar por una afección que le molesta desde varios meses atrás.

El interrogatorio sobre sus antecedentes patológicos es completamente negativo.

Dice que desde algunos meses atrás empezó á sentir comezón en la región sacrolumbar, donde aparecieron después unos granos.

La inspección nos da: afección localizada en la región sacrolumbar exclusivamente.

El conjunto, irregularmente dispuesto, presenta zonas en distintas etapas de evolución: zonas de piel sana, unidas á zonas cicatrizadas, en tanto que en la periferia se ven lesiones en evolución, que al tacto se presentan induradas, limitadas por costras amarillo-oscúras, costras que nos es muy difícil destacar.

La vista de conjunto de la lesión da la impresión de que en su desarrollo ha seguido una marcha excéntrica, pues las zonas que están en actividad rodean á las que están sanas y ya cicatrizadas.

Tal el aspecto clínico.

En estas condiciones el diagnóstico diferencial de la lesión se planteó entre una sífilide tubérculo-ulcerosa y un ectima.

El interrogatorio sobre la aparición y evolución de su enfermedad nos permite sólo establecer que en esa zona empezó por sentir gran comezón, que lo obligaba al rascado, y que posteriormente notó que le aparecían unos granos, que á pesar de las pomadas que le daba uno de los tantos boticarios que ofician de curanderos, pues su dignidad no les permite decir al cliente que les consulta que su papel es el de hacer las recetas que formula el médico, fueron extendiéndose hasta alcanzar el tamaño con que hoy le vemos.

Estos antecedentes, unidos á la dificultad en separar la costra que recubría las lesiones en actividad, nos inclinaron al diagnóstico de ectima, habiéndole indicado el clásico tratamiento á base de lavados de solución de sulfato de cobre y pomada al calomelanos.

Una reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, cuyo resultado fué negativo ( $H^8$ , escala de Vernes), nos afirmó aún más en nuestro diagnóstico.

A la consulta siguiente el enfermo viene algo mejorado, pero por razones de su oficio—agente viajero—desaparece por varios meses, al cabo de los cuales vuelve con nuevas lesiones también en distintas etapas de evolución: algunas cicatrizadas, de forma circular, más blanquecina, menos espesa la piel; otra en el dorso en evolución, cicatrizada la parte inferior, activa la parte superior.

El aspecto actual hace que volvamos á poner en discusión el diagnóstico de sífilide tubérculo-ulcerosa: los nuevos elementos que han cicatrizado espontáneamente y que siguen una marcha invasora excéntrica, inclinarían á aceptar la sífilis como factor etiológico de este proceso, y procediendo en consecuencia, reemprendemos las investigaciones de

laboratorio. Una nueva reacción de Wassermann en el suero sanguíneo nos da un resultado completamente negativo, lo que nos hace eliminar nuevamente la sospecha de sífilis, pues nuestra experiencia nos demuestra que dicha reacción, practicada en el laboratorio del Instituto Profiláctico contra la Sífilis, nos da el 100 por 100 de positivo en los casos de sífilis ulcerosas en actividad, como publicaremos en momento oportuno, á pesar de lo cual y en atención á que se nos discutiera el diagnóstico, fuimos hasta la punción lumbar, cuyo resultado fué también negativo, así como fué infructuoso un tratamiento de prueba en el que usamos neosalvarsán unido al clásico Jarabe de Gilbert, de notable acción en la cicatrización de las sífilides ulcerosas, lo que nos afirmó más en nuestro primer diagnóstico.

Sin embargo, la afección de nuestro enfermo, á pesar de la energía del tratamiento local, no mejoraba; nos vimos obligados á recurrir al laboratorio. Nuestro colega y amigo el Dr. Enrique Claveaux, subdirector del Instituto de Higiene, practicó las investigaciones necesarias, que dieron por resultado cultivos de estreptococos, con los que preparó una autovacuna para uso subcutáneo.

Una serie de diez ampollas unidas al tratamiento local, lograron cicatrizar por completo ese proceso cutáneo.

Tal es la historia del caso, de la que conviene destacar:

1.º La evolución lenta de una infección cutánea por estreptococos, simulando en su marcha una sífilide tubérculo-ulcerosa.

2.º La importancia de una reacción de Wassermann que en los casos de sífilides ulcerosa en actividad, da siempre resultado positivo, y

3.º La utilidad y ventaja del uso de las autovacunas en las infecciones cutáneas. (*Revista Médica del Uruguay*, Septiembre de 1921.)

### MEDICINA EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. La disentería amibiana. La deglución dolorosa,** por el Dr. P. Escuder Núñez. —En una breve nota clínica, el autor llama la atención sobre un signo muy constante en la disentería amibiana y que no ha visto mencionado en lo que ha leído sobre la cuestión. Este signo consiste en que el número de deposiciones del enfermo es mucho mayor durante la noche que en el día. Este carácter *nocturno* de la disentería amibiana, observado en una experiencia de dos años, constituye á su modo de ver uno de sus rasgos más característicos, y cuando existe hace por sí solo el diagnóstico, ya que no hay ninguna otra infección intestinal que lo presente.

En otra breve nota clínica hace notar el mismo autor la existencia de una deglución dolorosa en las afecciones de la vesícula biliar; al deglutir el alimento se experimenta un dolor que, iniciándose en el momento en que el bolo alimenticio franquea el istmo faríngeo, persiste durante toda la travesía esofágica para cesar una vez terminada ésta; la sensación dolorosa se repite con cada nueva deglución. Es fácil comprender la patogenia de esta extraña manera de revelarse el sufrimiento hepático latente; el paso del alimento sólido irrita al frénico cervical, ya sensible por un estado inflamatorio vesicular ó hepático. Podría llamarse á este síntoma, empleando una expresión ya clásica de Soca, la *máscara disfágica* del sufrimiento hepático. (*Anales de la Facultad de Med. de Montevideo*, núm. 3, Mayo, 1921.)—LUENGO.



# EL SIGLO MEDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL:

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

### Boletín de la semana.

La tifoidea en Madrid y las autoridades tranquilizadoras.—El estado sanitario en Marruecos.

Poco tenemos que añadir á lo que en el último número publicamos, respecto del acrecentamiento relativo y absoluto de la epidemia de tifoideas que en Madrid viene observándose, por más que la juzguemos digna de estudio más detenido y de mayor atención de lo que significan las impresiones entre técnicas y literarias que algunos colegas la dedican. ¿Decimos esto porque el número y gravedad de los casos impongan la difusión de alarmas desproporcionadas? No por cierto; somos los primeros en creer y, por tanto, en decir, que en el caso actual no se trata más que de un recrudecimiento en focos diseminados de la endemia tifoidea que en más ó menos grado aflige habitualmente Madrid, y que de vez en cuando ofrece agudizaciones, unas veces numéricas y otras en el carácter de su gravedad, que atrayendo la opinión de las gentes la alarman de un modo exagerado, si exageración cabe en lo que se refiere á atención prestada á la defensa de la salud pública.

Lo que queremos decir es que la forma de presentación y de exacerbación, la estación del año, la diseminación de los casos unas veces y su enfocamiento otras, merecerían bien la pena de que se hiciese un estudio, que quizás la más capacitada para ello fuese la Real Academia de Medicina como iniciadora para sumar las competencias y capacidades que puedan ilustrar ciertos detalles de la cuestión.

Por hoy sólo dos cosas podemos afirmar: es la una, que el sistema de tranquilidad que emplean algunas autoridades afirmando á los periodistas, para que éstos lo propalen, que no existe peligro alguno y que lo que ocurre es lo que siempre se observa; ese sistema, que puede calificarse de simple y candoroso, cuando las estadísticas, que al alcance de todo el mundo se encuentran, dicen lo contrario, es, por lo que á una epidemia tifoidea se refiere, de una grave responsabilidad, casi casi rayana con el delito.

Con efecto, la epidemia tifoidea que en su conjunto sintético está reconocida como enfermedad evitable, en el caso particular é individual es más evitable todavía, puesto que existen medios que como la vacunación, la esterilización y hervido de

las aguas, el alejamiento y otros detalles, pueden ayudar en grado considerable y á veces decisivo á la defensa contra el mal. Llevar á los que así pueden defenderse el convencimiento de que no hay peligro alguno y que, por tanto, no es necesaria la defensa, es, por lo menos, una verdadera imprudencia temeraria en los particulares que por puro gusto de hablar y emitir opiniones, propalan tales ideas, pero es un verdadero delito en las autoridades que amparan esta falsa confianza sin poner á su vez remedio á lo que está en su mano remediar.

Desde el mes de Agosto venimos peleando con mayor insistencia de lo que siempre lo hemos hecho, por la cuestión de la purificación de las aguas en Madrid; se han levantado quejas contra nuestras justificadas censuras en las que señalábamos los orígenes tradicionales y actuales del estado del problema; ha habido promesas de poner remedio á las cosas, pero todo sigue igual: las aguas de Lozoya continúan entrando libremente, sin precaución alguna que las purifique, en el estómago de los madrileños; las de Santillana vienen sucias y malolientes; los viajes antiguos siguen descuidados como en los tiempos de Fernando VI, y entretanto, la ciencia de todos los países y la experiencia de todos los pueblos afirma que hay medios sencillos, rápidos y poco ó nada costosos para obtener el ideal de la esterilización. Pero esto de que sean sencillos y poco costosos, lejos de ser una ventaja, es, sin duda alguna, un inconveniente; lo que se quiere es lo solemne, lo que se derive de proyectos complicados que necesite numeroso personal y material costoso, grandes laboratorios y resonancias ampulosas.

Pero... las autoridades técnicas, ¡ahl, á esas nadie les pide su competencia ni indaga su corrección. Dice un ingeniero que no cree en la eficacia de la clorificación de las aguas, pues nadie se mete á preguntarle en qué se funda, ni qué experiencia tiene para su afirmación. Siempre hemos tenido por cierto que es más fácil decir que no se cree en una cosa, que enterarse de ella, y es cosa sabida que el escepticismo aparente es la forma menos desairada que adopta la ignorancia.

Un detalle más al hablar de este asunto: ¿Por qué las personas que se ocupan en la Prensa y en las Sociedades científicas de fiebre tifoidea, no acaban de adoptar una tecnología definitiva llamando tifus al tifus y tifoidea á la tifoidea? Claro está, que entre los hombres de ciencia se sabe en qué consis-



te el equívoco, que es en aceptar el sustantivo tifus, como han hecho los escritores alemanes, diferenciando luego con los adjetivos *abdominal* y *exantemático* dos dolencias que específicamente son tan distintas como lo es la pulmonía del reumatismo; pero no es este el caso, el caso es que se habla para el gran público y que éste ha llegado á formarse la idea de que el *tifus* es una tifoidea muy grave, y la *tifoidea* un tifus leve y, creyendo que la especie es la misma, suponen que iguales han de ser la profilaxia y el tratamiento, y así piden vacunas para el tifus exantemático y hablan de ineficacia en él de la esterilización de las aguas. No olvidemos que al hablar para el público hablamos para el que no tiene el deber de entender de estas cosas, mientras que nosotros tenemos el de procurar no confundirle.

En el momento de cerrar nuestro número, venimos de presenciar un interesantísimo debate, ó mejor dicho una parte de debate, promovido en el Senado á propósito del estado sanitario de nuestras tropas en Africa, planteado por el catedrático de la Universidad de Santiago, Sr. Gil Casares, y en el que reforzaron la oportuna iniciativa del ilustre maestro, aludidos por él, los Sres. Martín Salazar y Pulido.

Bien sentimos, como lo sentirán sin duda nuestros lectores, que las circunstancias de sitio (por hallarse ajustado el número) y de tiempo (por no disponer aún del *Diario de las Sesiones*), nos impidan dar amplia idea de los tres discursos.

A reserva de ocuparnos con la debida extensión de asunto tan importante y de tan vital interés, nos limitaremos por hoy á decir que en las tres elocuentes intervenciones reinó un fondo de acuerdo acerca de los puntos más importantes.

Fueron éstos: la necesidad de combatir la estórida creencia de que las enfermedades *médicas* son menos importantes que las heridas en las campañas de todos los tiempos.

Los datos y estadísticas aducidos en contra de tan simplista creencia no pudieron ser más fehacientes, lo mismo en su relación con la actual campaña, que en lo que la Historia enseña de otros tiempos y países.

También fué absoluto el acuerdo de todos en tributar al Instituto de Sanidad el debido reconocimiento á su patriotismo, á su abnegación, á su valor y á su competencia, y como consecuencia de este reconocimiento, el de la necesidad de recabar para este Instituto la exclusiva administración y gestión de todo lo que á él concierne y corresponde.

Punto fué también de coincidencia el de reconocer la enorme, la casi insuperable dificultad que por su índole y por las circunstancias en que se des-

arrollan ofrecen las endemias actuales (sobre todo el paludismo) para ser combatidas; pero no por esto dejaron de señalarse discretos medios para hacerles frente.

Hasta aquí nuestro acuerdo con los oradores y el aplauso incondicional que les tributamos; pero en lo que no podemos coincidir con ellos es en la suposición de que por el Ministerio de la Guerra se haya hecho *todo lo posible y con todo acierto* para evitar el conflicto actual. Para nada tenemos que ocuparnos, especialmente del actual ministro; pero es lo cierto que él con sus antecesores, desde el año de 1909 acá, es decir, durante doce años, constituyen una entidad que ha consentido una deficiencia y una desorganización de que hoy se están pagando las consecuencias. Todos convenimos en que el aspecto profiláctico del problema es el más interesante; pues bien, decir *profilaxia* es decir *previsión*. Y decimos nosotros, ¿qué es lo que se ha previsto aquí, si no hay hospitales suficientes, ni medicamentos, ni abrigo ni alimento para el soldado? ¿Es que por acaso el país, las Cortes, ni los organismos oficiales han negado al Ministerio de la Guerra durante estos doce años ni una sola peseta de las que ha creído conveniente pedir para hacer frente á las necesidades del momento y á las previsiones para lo futuro? Pues si han tenido el dinero que han pedido, si el mal es perfectamente conocido y constante, y si cuentan con el personal inteligente que es necesario, ¿á quién exigir la responsabilidad de lo que pasa?

DECIO CARLAN.

## EL CONFLICTO DE "LA HONRADEZ,"

Según informes que á nosotros han llegado sucesivamente, desde hace algún tiempo parece que ha surgido y se sostiene en pie un conflicto entre los gestores de una Sociedad de las llamadas benéficas, que se intitula *La Honradez*, por una parte, los médicos que en ella venían prestando sus servicios, por otra, y por otra aun los médicos, que al prescindirse de los primeros, ofrecieron ó al menos aceptaron la sustitución de aquellos.

El negocio, reducido primeramente á un pleito entre empresarios ó patronos y empleados, trascendió después al público profesional, se planteó en el Colegio Provincial de Médicos y llegó á apasionar los ánimos en términos pocas veces alcanzados, para asuntos de mayor *envidia é importancia*.

El haber nosotros guardado prudente silencio acerca de tal cuestión y el no habernos resueltamente alistado en uno de los dos bandos para defender ciegamente sus aspiraciones ó sus errores, parece que ha sido motivo para que se nos censure de indiferencia por unos, de *cuquería*, por los otros, y de descuidados en el cumplimiento de nuestro deber de informadores, por los más.



Llegadas á estos términos las cosas y dejando en el más absoluto desprecio la acusación de *cuquería* de que nos pone á cubierto nuestra conducta de siempre y la evidente demostración de lo que pudiera irnos ó venirnos directa ni indirectamente en el asunto; dejando esta interpretación *y algunas otras* á un lado—pero al lado más ínfimo de nuestro desdén,—vamos á responder á lo que nos preocupa, es decir, á que podamos ser indiferentes á una cosa que interese á compañeros nuestros ó que descuidemos nuestro papel de informadores, cuando juzgamos que un asunto debe ocupar la atención de la clase.

Como síntesis anticipada diremos que no hemos hablado en la presente cuestión:

1.° Porque desde un principio hemos creído que por una y otra parte se procedía de modo equivocado y perjudicial á la libertad y al decoro médicos. Creyendo esto (creencia en que esperamos ser, por lo menos, respetados), si como tenemos por costumbre, decíamos lo que estimamos por acertado, descontentaríamos á todos y los unos nos tendrían por *pasteleros* y los otros por presuntuosos.

En segundo lugar, pensamos que la cuestión se había desproporcionado en magnitud, y, sacada de quicio, ofrecía hoy uno de tantos casos en que *cada interesado* supone que su pleito es el único que existe.

El asunto, désele las vueltas que darle quieran los interesados en él y los interesados en meter ruido, no pasa de ser una cuestión para llevarla á consulta privada al Colegio de Médicos ó al fallo de dos ó tres personas imparciales.

3.° Nadie, formando contraste con lo ocurrido en otros asuntos de igual, de mayor ó de menor importancia, ha inquirido nuestra opinión, y, por tanto, nadie tiene el derecho de censurar el que hayamos creído más provechoso el silencio; pero pues se quiere que lo rompamos, vamos á hacerlo con la mesura, la firmeza y la independencia que ha inspirado todos los actos de nuestra vida de periodistas, de personas y de médicos.

El conflicto de *La Honradez* no es más que un síntoma, una manifestación grave de un mal que viene palpitando en el seno de la profesión médica española, y principalmente de la madrileña. Cuestión grave, tan grave, que repetimos lo que muchas veces hemos dicho: á ella se debe el malestar en que viven las tres cuartas partes de los médicos de la Corte, á ella el que los médicos jóvenes encuentren imposible el abrirse paso en los comienzos de su carrera, y á ella el que la antes considerada y respetada profesión esté mirada hoy con desdén y se vea explotada por logreros á quienes nadie ha procurado atajar el paso.

Ah, si cuando comenzaron las tales cooperativas y sociedades hubiera el Cuerpo médico comprendido el peligro que ellas significaban y hubiera entonces demostrado contra los médicos que en ellas se amparaban la mitad de la energía de que ahora quiere dar muestra en un pleito menudo de intereses contrapuestos de esos mismos médicos; si entonces se hubiera tenido el instinto de conservación que nos faltó y nos sigue faltando, no tendríamos hoy que disputar si los

médicos contratados en una de estas sociedades, perjudicando á la clase en general, tienen mayor razón que los *esquiroles* que se ofrecen á sustituirlos con olvido de las elementales imposiciones del compañerismo.

Pero las cosas han marchado, como marchan todas en España, con el abandono de los unos y la pertinaz labor de los que, extraños á la profesión, tienen la incorrección por norma de conducta y el lucro por toda razón de sus actos.

Permitásenos explicar, haciendo alguna historia, este nuestro pensamiento y explicar nuestra actitud, no para que como ejemplo sea imitada, sino para que sea respetada como digna de tal respeto.

Cuando este género de cuestiones se estudia con imparcialidad y con deseo de llegar á conclusiones y enseñanzas provechosas en lo presente y para lo porvenir, lo primero que se debe hacer es procurar enterarse de los antecedentes del asunto, así en su carácter genérico, como en el especial del caso. Se comprende que los interesados en la cuestión agudizada, por impaciencia natural, crean que ella es sencilla y desligada de toda otra en la coincidencia de la actualidad y en la sucesión del tiempo; pero los llamados á ser *tribunal (Colegios) ó jurado (Cuerpo médico general)*, esos deben proceder con fría meticulosidad y con firme convencimiento, teniendo en cuenta que lo que hoy ocurre es consecuencia de dejadeces y descuidos de ayer, y que, además, será precedente indefectible para mañana: que los *casos análogos* se sucederán, que los en ellos interesados se creerán con derecho á ser igualmente atendidos, cualquiera que sea la importancia de su pleito, y que caminaremos por una serie de conflictos de desigual fundamento de razón, en los cuales se ahondarán más y más las diferencias que nos dividen y que son la verdadera y casi única causa del estado de indefensión en que nos encontramos ante la hostilidad de los egoísmos sociales.

Veamos, pues, brevemente cuáles son los antecedentes del actual conflicto, de otros análogos y de los que seguramente se sucederán.

Hace algunos años (pocos si se consideran que han sido alcanzados en la vida de una generación; muchos si se atiende á la impaciencia renovadora de los que piensan que el mundo no ha existido hasta que nacieron ellos) la profesión médica, después de haber desaparecido casi por completo el sistema de las iguales, se ejercía en Madrid *dentro del régimen de la libertad mutua y de la libre y tácita contratación*. Cada cliente llamaba al médico que mejor le convenía, y cada médico estimaba el valor de sus servicios, según sus costumbres y necesidades. La unidad de estimación del emolumento era por lo general la visita, y el precio de ésta variaba según el médico mismo la evaluaba, con muy pequeñas variaciones, según la posición del cliente ó las molestias inherentes á ciertos servicios. Entonces se visitaba desde el precio de una peseta, hasta el excepcional de 10 pesetas. El enfermo sabía lo que el médico había de costarle, según el número de veces que le veía, y el médico, á su vez, reducía las complicaciones de su contabilidad á enumerarlas, según el



*precio establecido y tácitamente aceptado en cada caso por todo el mundo.*

Los médicos jóvenes de aquéllas épocas luchaban con dificultades análogas á los de todos los tiempos, pero sabían que el precio íntegro de su trabajo estimado por ellos, para ellos era íntegramente sin intermediarios, empresas ni otras alcabalas que las impuestas por el Estado.

Estaban muy en moda entonces los estudios que á la sazón se llamaban económicos y que ahora se llaman sociales, y gozaban de gran predicamento las doctrinas y sistemas de cooperación para resolver los conflictos de la distribución de la riqueza, ó como ahora se dice, del capital y del trabajo. Una colectividad muy respetable, muy numerosa y muy rica, los comerciantes de Madrid, se sintió tocada de caritativas tendencias respecto á sus familias y dependientes, y creó una Cooperativa filantrópica. ¿Para proporcionar mejores habitaciones, más sana y abundante alimentación, más baratos vestidos y más comodidades á sus dependientes? No, para proporcionarles médico y botica á expensas de los servicios abaratados de los médicos y farmacéuticos que para ello se contrataron.

Así nacieron las Cooperativas, que se multiplicaron y se corrompieron tomando algunas el carácter de Sociedades benéficas en las que unos cuantos empresarios, explotando á los clientes por una parte y á los médicos por otra, llegaron á costa de unos y de otros á obtener pingües beneficios, y entonces se dió el caso de que desapareciera el cliente modesto de visita á precio reducido (mínimo una peseta), y se explotara á los médicos que á ello se prestaron hasta hacerles percibir emolumentos que no remuneraban cada visita ni siquiera en diez céntimos. El daño fué enorme: el médico joven no podía ya sostenerse en Madrid para ir gradualmente mejorando su posición y su rendimiento; sólo prevalecían muy escasos privilegiados (por sus méritos las más veces, nadie lo niega), y estos privilegiados al no encontrar competencia gradual y ser requeridos por la clientela rica y distinguida, aumentaron sus precios y con este aumento favorecieron el auge de las Sociedades benéficas y las ganancias de sus empresarios, llegando á darse el caso de que rentistas y funcionarios públicos que antes podían pagar y pagaban á su médico 5 pesetas ó, á lo menos, 2,50 por visita, figuraban ahora en las listas benéficas pagando 1,50 ó 2 al mes, con opción á médico, botica y entierro. ¡Claro está que si se les oía á los tales, esto lo hacían tan sólo para los criados ó para los niños, pero raro era que no se encariñaran con el médico benéfico (las más veces sin pagarle más), y reservándose para llamar una notabilidad en caso de apuro. Es indiscutible que el cálculo estaba mal hecho, que muchas veces el caso de apuro costaba mucho más caro que la asistencia de algunos años; pero no es este el caso, lo cierto es que este régimen de las Sociedades benéficas mató la posibilidad de defensa de los médicos trabajadores y modestos, y creó un conflicto que, empeorado por el exceso de producción de médicos, llegó á la constitución de un proletariado médico madrileño más digno de lástima y de

protección que el proletariado rural, que es cuanto puede decirse.

Los que al margen de estas cosas hemos vivido y sin mezclarnos en ellas hemos amado realmente á nuestros compañeros en la profesión que nos hemos envejecido en ejercer, hemos tenido por fuerza que mirar con antipatía y combatir con perseverancia esas empresas y asociaciones que sin beneficio para nadie, más que para sus empresarios, dañaban á la clase médica, á la salud pública y al decoro del ejercicio profesional.

He aquí por qué sentimos aún repugnancia hacia toda asociación *que no esté constituida directamente por médicos, administrada por médicos, ejercida por médicos y beneficiada por médicos*. He aquí por qué, llámese benéfica de comerciantes, de porteros ó de exministros (que pudiera darse el caso, según van las cosas) nosotros creemos y hemos predicado siempre que el interés de los médicos está en que desaparezcan tales cooperativas ó se sustituyan por *igualatorios* que los médicos mismos administren. No tenemos por qué ni para qué dejar en manos de explotadores y empresarios ni poco, ni mucho, ni nada de lo que es el precio de nuestro trabajo.

Esto es lo que nosotros consideramos como fundamental y básico en el asunto; ya sabemos que hoy la cuestión no se presenta en términos que á primera vista parezcan referirse á lo que decimos; pero en el fondo lo que hay de primordial es esto. «La remuneración del servicio médico debe ser íntegra para los médicos». Bastante suma de sacrificios, servicios gratuitos y caridades hace y debe hacer cada médico por sí ó asociado *para fin caritativo*, sin que tenga que pagar un portazgo de *filantropía* á los desinteresados organizadores de ciertas asociaciones y empresas.

Pensando así y habiendo pensado de este modo toda nuestra vida, nadie puede extrañar nuestra abstención en el pleito ó conflicto llamado de *La Honradez*.

Teníamos la certeza de que al hablar desagradaríamos á todos, y si este desagrado pudiera al menos conducir á beneficiar lo que á todos nos interesa, le hubiéramos arrostrado como tantas otras veces hemos hecho; pero es el caso que tenemos la certeza de incurrir en la general censura sin esperanzas de rectificación conveniente.

En cuanto al aspecto del esquirolismo... de esto no tenemos por qué hablar: *malo es que haya médicos que se presten á servir en las sociedades cooperativas; pero peor y más censurable es que haya COMPAÑEROS que entren con ellos en puja para recoger lo que los primeros consideraron que no podían decorosamente aceptar*.

¿No le parece al presidente y á la Junta del Colegio de Médicos de Madrid que sería esta una ocasión muy propicia para, *sin vistas á ningún caso particular*, sentar unas bases de conducta para los casos ulteriores que seguramente han de ser numerosos con el tiempo?

¿No les parece también que conviene alejar de estos asuntos de índole económica y opinable esa constante amenaza á los procedimientos y sanciones extremas que á cada paso quieren aplicarse, como si se tratara de



verdaderos delitos y crímenes cuando de lo que se trata es de *faltas* execrables, censurables, reprensibles, pero que no pueden compararse con las cosas que el Código penal califica de delictuosas? La pena debe ser siempre proporcionada á la trasgresión moral; el aislamiento nos parece castigo suficiente para el mal compañero. Dejemos la incapacitación del ejercicio para los casos extremos y criminosos si por desgracia nuestra se presentaran.

C. M. C.

## LA FIEBRE TIFOIDEA

«EL MINISTRO DE LA GOBERNACIÓN Y EL REAL CONSEJO DE SANIDAD DECLINAN EN EL MINISTRO DE FOMENTO TODAS LAS RESPONSABILIDADES.»

Bajo la presidencia del Dr. Pulido se reunió el día 28 del pasado el Real Consejo de Sanidad. Asistieron al acto los doctores vocales del Consejo Sres. Durán de Cottes, Calleja, Sáinz Terreros, Zúñiga, Bayod, J. Herrero, Chicote, Isla, Espina, Huertas, García Izcarra, Busto, Castillo, Sarabia, Fernández Caro, García Durán, Gimeno, Marañón, Salazar, Avilés, Manzaneque, Tello, Amós Salvador, Díaz Villar, Casares y el secretario, Sr. Murillo.

Abierta la sesión, se discutió una moción presentada por el Dr. Martín Salazar, inspector general de Sanidad, proponiendo la vacunación antitífica obligatoria. El deseo del jefe de la Sanidad del Reino sería que la vacunación antitífica se rigiera por las mismas normas que la vacunación contra la viruela; pero sabiendo que el público no tiene la suficiente cultura sanitaria para aceptar esta novedad profiláctica, se contenta con que por ahora el carácter de la medida se limite á inmunizar á las personas que directamente se relacionen con los enfermos de fiebre tifoidea. Por aclamación aprobó el Consejo de Sanidad las conclusiones presentadas en su moción por el Dr. Martín Salazar.

El segundo punto tratado por el Consejo de Sanidad fué el estado de impurificación de las aguas potables que abastecen al vecindario. Al efecto, se leyó una Real orden reiterada al ministro de Fomento, en la cual el ministro de la Gobernación reconoce la existencia de una epidemia tífica y declina toda la responsabilidad sobre su compañero, por ser el departamento de Fomento el encargado de la protección de las aguas potables que abastecen á las poblaciones. El Ministerio de la Gobernación no ejerce ni puede ejercer acción alguna sobre la depuración de las aguas de que tiene que hacer uso el vecindario para su mantenimiento, y en su consecuencia, no es justo que caigan sobre el Consejo de Sanidad y sobre el departamento de Gobernación culpas exclusivas del Ministerio de Fomento.

Cuántas reclamaciones se han hecho con el propósito de lograr la depuración de las aguas potables han sido inútiles prácticamente. Por las oficinas del Canal de Isabel II se ha contestado con palabras, memorias, etc., abarrotadas de bellas intenciones para un futuro más ó menos mediano, pero sin que la realidad haya podido demostrar la intervención de la higiene en asunto de tan vital interés para la salud y la vida del vecindario.

Es un hecho indiscutible que, por desidia, por abandono de los procedimientos de la más rudimentaria higiene, el pueblo de Madrid bebe constantemente aguas fecaloideas, más ó menos diluídas, pero siempre fecaloideas. Los ministros de Fomento son los responsables directos de que la sa-

lud pública esté constantemente amenazada por infecciones de naturaleza hídrica, y de que la fiebre tifoidea sea endémica en Madrid y en muchas poblaciones de España.

Tenemos entendido que existe en el Congreso un proyecto de ley sobre purificación (1) de aguas potables, aprobado ya por el Senado. Hora es de que el Gobierno se preocupe, aunque sólo sea por un instante, de los altos intereses de la salud nacional, poniendo á discusión y aprobando lo más rápidamente posible una ley que defienda la pureza de las aguas de bebida, evitando de este modo la muerte anual de muchos millares de ciudadanos, que debieran gozar de perfecta salud si hubieran tenido la suerte de nacer en un país verdaderamente civilizado.

Dr. Francisco Masip y Valls.»

(La Voz, 29 de Noviembre.)

### «LO QUE DICE EL ALCALDE

Al recibir esta mañana el conde de Limpias á los periodistas, les dijo que, en realidad, no había noticias nuevas relativas al desarrollo de las fiebres infecciosas, que preocupan estos días á las autoridades y al vecindario.

No ha habido aumento en el número de casos ni en la mortalidad producida por tifoideas.

Afirmó que se sabía de manera evidente que en casa de los señores de Sabau, que han tenido la enorme desgracia de perder á tres hijos, había la costumbre de beber el agua no solamente filtrada, sino hervida.

Terminó diciendo el alcalde que las estadísticas municipales responden exactamente á los partes que facilitan los médicos, y que si ellas no se ajustan á la realidad será, sin duda, porque los obligados á participar los casos de enfermedades infecciosas á que asisten no cumplen con su deber.»

(La Voz, 29 de Noviembre.)

### «LAS INFECCIONES TÍFICAS

Al recibir ayer mañana el conde de Limpias á los periodistas, les manifestó que se había entrevistado de nuevo con el director del Laboratorio municipal.

Después de esta conferencia, el alcalde insiste en que no hay motivo de alarma, pues aunque se han registrado algunos casos de afecciones tíficas, no ha pasado su número del que ordinariamente se registra en esta época del año.

Las manifestaciones del conde de Limpias y el resultado de los repetidos análisis de las aguas que el laboratorio viene practicando habrán de tranquilizar, seguramente, al vecindario de Madrid, injustamente alarmado.

Y existiendo, por otra parte, en efecto, la agudización de las afecciones tíficas, endémicas en Madrid, como en todos los grandes núcleos de población, será necesario buscar en otra parte las causas.

Parece fundadamente que algunos de los atacados recientemente lo fueron á consecuencia de la ingestión de pasteles en un conocido y céntrico establecimiento.

El Instituto Llorente, con objeto de contribuir á la extinción del recrudecimiento de las infecciones tíficas, y una vez más dispuesto á hacer cuanto pueda en favor de las clases menesterosas, ha acordado practicar gratuitamente la vacunación antitífica los martes y sábados, de cuatro á cinco de la tarde, en su domicilio, Ferraz, 7.»

(A B C del 29 de Noviembre.)

Sobre los diferentes puntos tratados en la reunión del Real Consejo de Sanidad de que da cuenta la anterior noticia, tendríamos mucho que hablar y *tenemos mucho hablado*,

(1) Protección de aguas potables (N. de la R.).



quiera haya sido nuestra voz perdida en el desierto de los egoísmos, las ceguedades y la ignorancia que forman el arsenal de nuestra sociedad y nuestra administración.

No pensamos dejar de insistir en asuntos de tanta monta y por hoy nos limitamos á llamar la atención sobre los puntos siguientes:

¿Por qué mover el ruido de una vacunación obligatoria para personas que están en contacto con los enfermos, precisamente en un mal en que lo menos contagioso es el enfermo mismo? Si la vacunación antivariólica no ha logrado implantarse cuando tan demostrada y evidente es su eficacia, ¿se logrará algo ordenando la vacunación *antitifoidea* (como debe decirse en castellano) que sobre no tener un crédito tan firme como el anterior, ni una eficacia tan durable, tiene un carácter de transitoriedad como el de la epidemia que trata de combatir?

Otra cosa sería que tal obligación se impusiera á los que por razón de cargo, empleo ó función pública y se aconsejara á los particulares, que deben ir á puntos en que las aguas son contaminadas ó sospechosas, Barcelona, Sevilla, Madrid, etcétera.

Y á propósito de la epidemia actual, ¿cómo se concibe que el señor conde de Limpias la niegue ó la atribuya á unos *inocentes pasteles* (no son malos los pasteles que le hacen tragar á S. E.) y el jefe del Laboratorio municipal que figura entre los asistentes á la reunión del Gran Consejo no haya formulado en ella voto particular negando *científicamente* la tal epidemia, allí donde podía ser convenientemente contestado?

¿Comerían también de estos pasteles los enfermos que llenan las salas del Hospital General y los diseminados en diferentes barrios de Madrid? Nunca les ha faltado á las epidemias de cólera unos *higos* ó unos *tomates* comidos á destiempo, ni á las de tifoidea unos pasteles ó unas ostras, aunque los enfermos no las hayan probado en su vida. ¡Cuánta falta hace aprender y nunca empezamos á aprender! ¡Miren que poder confundir el cólico de indigestión de unos pasteles con la evolución de los casos de una tifoidea... tendría que ver!

### Sociedades Científicas.

#### REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 16 DE ABRIL DE 1921

##### Fibroma uterino.

El Dr. RECASENS presenta un tumor voluminoso, de unos 12 kilos de peso, constituido por dos fibromiomas casi independientes: el primero es *intersticial*, del tamaño de un melón regular, y de los que se reducen fácilmente con la radioterapia; de éste nace otro con un pedículo estrecho, de unos 3 ó 4 centímetros de diámetro, mucho más grande que el primero, de *tipo subperitoneal*, que ocupa casi por completo la cavidad abdominal, y que por estar situado encima del otro, llegaba casi hasta el epigastrio, constituyendo por su disposición especial una contraindicación del tratamiento de Roentgen, ya que se trata de un tumor degenerativo con

complicaciones anexiales, y, por lo tanto, es de los que han de ser operados.

(Presenta la pieza patológica á los señores académicos.)

##### Dos casos de enfermedad de Graves.

El Dr. ESPINA, al hablar de esta enfermedad, que también es conocida con el nombre de Basedow, bocio exoftálmico, dice que desde que fué descrita por Graves y expuesta por Trousseau en su notable *Clínica Médica*, nada tiene que modificarse hoy; resulta una descripción completa, insustituible en los anales de la Ciencia. Mas luego, la interpretación no ha satisfecho absolutamente á nadie en la explicación fundamental razonada de la tríada clásica de la enfermedad de Basedow; que su etiología también ha sufrido la influencia de las doctrinas médicas modernas; únicamente se ha librado la explicación de las teorías broussistas que no se han aplicado á la enfermedad de Basedow; pero todas las demás doctrinas han tratado de explicarla, hasta los tiempos modernos de Castellino en su magnífica obra *Patología del simpático*.

El Dr. Espina se ocupa de los dos casos enunciados; el primero fué observado en Marzo último. Se trata de una señora de un pueblo de la provincia de Madrid, viuda, de buena posición social y sin antecedentes patológicos; gozó buena salud hasta hace seis meses, en que saliendo á paseo en su coche particular, se desbocó el caballo, cayó del carruaje, fué casi arrastrada, recibió el susto consiguiente, un golpe, con pérdida de conocimiento que le duró unos treinta minutos, y que después de varios días tuvo algo de amnesia, una lesión psíquica, de la cual conservaba todavía vestigios cuando la vió, pero en el momento mismo empezó á aparecer el síndrome ó tríada clásica.

El segundo caso fué observado en Abril último: Se trata de una señorita de treinta y tres años, de un pueblo de la provincia de Badajoz, de posición desahogada, y que estando en plena salud, vió la lucha á mano armada entre dos parientes suyos muy cercanos, y entre el terror que le produjo la lucha y la carrera que dió para huir del sitio del accidente, fué presa de un ataque de taquicardia, con aumento de volumen del cuello y del síntoma de la exoftalmía. No había antecedentes personales patológicos, y sólo la coincidencia de hallarse la joven en plena menstruación.

De donde resulta que en ambos casos ha habido un sobresalto, un susto grande, una etiología emotiva, é inmediatamente la producción del síndrome de Graves.

El doctor Espina recuerda que en tiempos pasados que- ría explicarse el caso por lesiones del simpático y del neu- mogástrico; fué desechada ya la idea de la compresión, pues- to que tenía que ser precedido siempre el síndrome del des- arrollo del cuerpo tiroides en forma voluminosa; desechada también la clasificación de enfermedad cardíaca y aun la exoftalmía, que realmente no es tal, sino que es un estado palpebral, que deja al descubierto una mayor parte del globo del ojo, y parece éste más preeminente de lo que lo es; tam- bién la doctrina del relleno ó del empujamiento del paquete adiposo quedaba destruída; y como lo único que permite es el bocio, resultaba que todos se inclinaban á creer que la en- fermedad era una afección del cuerpo tiroides, por lo que debía extirparse, como base de curación del bocio exoftál- mico. Pero renacen las doctrinas endocrínicas, ó, como dice

# PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).  
CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS  
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. -- Valencia.



el Sr. Espina, el humorismo científico; y entonces aparecen los grandiosos trabajos de la escuela moderna acerca de la endocrinia, y deja de operarse; porque, en efecto, la extirpación, la supresión del cuerpo tiroides, no cura en absoluto el bocio exoftálmico, del que hay dos clases, según Castellini: una intrínsecotiroides y otra dependiente de una dis-crasia sanguínea capaz de determinar una fisiología patológica del tramo cervical de los nervios del gran simpático y del neumogástrico.

El Dr. Espina entiende que todavía puede subsistir en la clínica moderna la explicación neurosanguínea de la enfermedad de Graves y considerarla dependiente de trastornos en la función endocrínica de la glándula tiroides, pero dependiendo su fisiología patológica de excitaciones de la parte del globo del ojo, del corazón y de la glándula tiroides. En esta situación, la causa emotiva pudiera tener más explicación, pues resulta raro, que por un hecho emotivo se trastorne de una manera tan violenta la función endocrínica de la glándula tiroides, para que en muy poco tiempo se determine un síndrome tan complejo. Pero si se recuerda que ciertos venenos determinan una intoxicación rapidísima de la sangre y una fisiología patológica completamente distinta de los nervios por esta sangre envenenada, cabe la posibilidad de admitir que el trastorno emotivo puede determinar una alteración rapidísima é intensa de la secreción tiroidea, y esta sangre hipertiroidizada producirá inmediatamente el síndrome clásico de la enfermedad de Basedow, más ó menos predominante en su sintomatología. Todas las demás causas que se han asignado á esta enfermedad no tienen la importancia transcendental que tiene la emoción.

Termina el Dr. Espina, diciendo que ignora si con motivo de la gran guerra europea se han coleccionado los cuadros sindrómicos acerca del hipertiroidismo por el terror, en los soldados combatientes de uno y otro campo, pues sería curioso investigar si ese hipertiroidismo emotivo, de que el Dr. Marañón se ha ocupado con tanto acierto como gloria para España, ha simulado unas veces la enfermedad de Basedow que otros síntomas, de lo que la emoción puede producir en la endocrinia humana, porque esta enfermedad no sale bien explicada de estas últimas doctrinas y es de las enfermedades que han de pasar á través de los tiempos de la misma manera que se recogió en un principio: muy bien diagnosticada en clínica, muy difícilmente conocida en su esencia y tratada muy empíricamente.

El Dr. FERNÁNDEZ SANZ, al tomar parte en la discusión, dice que se limitará tan sólo á la influencia de la emoción como agente causal por ser un hecho clínico admitido por los autores en los tratados didácticos, consagrado por la tradición y confirmado por numerosos ejemplos. Con todo, ¿puede la emoción por sí sola, brusca ó violenta, ocasionar la enfermedad de Basedow, ó bien se trata siempre de sujetos predispuestos que se hallan en estado de hipertiroidismo más ó menos latente? Tema importante desde el punto de vista teórico y práctico para establecer medidas profilácticas, incluso puede dar lugar á debates judiciales, en los casos en que se trate de accidentes ferroviarios, de siniestros, de hechos criminales, etc., á discusiones medicolegales de importancia. Y á este propósito los casos verdaderamente útiles para este estudio, son aquellos enfermos que por razón de ser conocidos y observados de antiguo, se puede asegurar

que el hecho de la emoción ha determinado de manera brusca la aparición de la enfermedad. En su mayoría, los datos recogidos son favorables á la existencia de la predisposición, de un estado previo del sujeto, que favorece la aparición de la enfermedad de Basedow, y se comprende que sea así, porque el hecho de que muchas personas sufran emociones terroríficas y verdaderamente espeluznables, y no en todas ellas se produzca la enfermedad de Basedow, claramente demuestra que los que la padecen deben tener algo especial, algo individual que les convierte en basedowianos, por lo que no se puede afirmar que exista una emoción específica que la produzca, pero sí aceptar que existe una fórmula individual específica que predispone á los sujetos á contraer la enfermedad de Basedow. Pero esta predisposición no ha de ser necesariamente constante ni permanente en el sujeto, sino de una predisposición ocasional determinada por multitud de circunstancias que colocan al individuo en un estado de inminencia morbosa, y así se explica que un mismo sujeto, en su vida haya experimentado emociones intensísimas sin haber sufrido enfermedad de Basedow, ni ningún trastorno importante en su salud, y en cambio en otra época de su vida, este mismo sujeto, con una emoción menor, contrae la enfermedad de Basedow ó otra equivalente.

Esto le recuerda al Dr. Fernández Sanz, el hecho que Jung consigna en su notable obra *Psicología Analítica*, donde refiere el caso de una señora que, al retirarse á su casa, vió que venía en la misma dirección un coche á gran velocidad, galopando los caballos; los individuos que la acompañaban se arrojaron á la pared y la señora experimentó tal terror que empezó á correr como loca delante de los animales. Los gritos y esfuerzos del cochero para detenerlos, dieron motivo á que se espantaran y se fueran encima de un puente, y la señora dispuesta á tirarse de cabeza al río, á cuyo tiempo un guarda la detuvo. Y esta misma señora, en una calle de San Petersburgo, encontrábase entre dos bandos en lucha; algunas personas que le acompañaban resultaron muertas y ella conservó su dominio de espíritu y pudo llegar á una callejuela por donde se escurrió indemne de cuerpo y espíritu, mientras que en el episodio anterior quedó completamente trastornada. Esto demuestra que reconociendo el papel etiológico de las emociones, obrando insistentemente hay que contar siempre con el estado de predisposición constante ó accidental del sujeto. ¿En qué consiste esta predisposición? ¿Cabe admitir el hipertiroidismo, en que se sabe que la emotividad está alterada. Acaso tengan más plena influencia patógena las emociones continuadas, y sobre todo las deprimentes, que minan de una manera lenta la resistencia del sujeto, que las emociones bruscas ó violentas.

Respecto al asunto de la patogenia, el Sr. Fernández Sanz dice que siempre resulta obscuro y lleno de incógnitas, por existir una serie de relaciones patológicas que hacen participar en el proceso á casi todo el organismo, desde luego á las glándulas de secreción interna en su mayoría y al sistema nervioso, no solamente vegetativo, sino de relación; y la fisiología patológica se hace múltiple y confusa; en los casos incipientes en que el desarrollo es inicial, y en aquellos casos incompletos, llamados frustrados por los franceses, con oscuros síntomas, en éstos es más fácil seguir la filiación del síndrome, que casi todo está en relación con el tiroides con su exageración á su perversión secretoria.

# CARBOLAN

Pelrd's C.º, New-York.

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

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



El Dr. Fernández Sanz termina su intervención diciendo que de estas reflexiones causales y patológicas podrían desde luego deducirse interesantísimas consideraciones de orden terapéutico; mas como el Sr. Espina no ha tocado este punto, le ruega que al rectificar exponga algunas ideas encaminadas al tratamiento de la enfermedad de Basedow.

DR. CESALDO

## SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL 19 DE MAYO DE 1921

### Esclerosis en las vainas del nervio óptico.

Dr. Jenaro González.—Expongo á la consideración de ustedes un caso de arterioesclerosis en las vainas de ambos nervios ópticos; casos que no están bien definidos entre la etiología de las enfermedades del nervio óptico, pues no sabemos si la discrasia sanguínea es la que produce las alteraciones en el tejido noble simultáneamente que en los vasos, ó si la alteración vascular es la causa de la que se deriva los trastornos nutritivos del nervio.

Veamos el caso: Se trata, como ven ustedes, de un individuo de complexión fuerte, de cincuenta años de edad, que como antecedente tenemos un reuma que padeció á los diez y seis años, localizado á los pies, y una ciática. A los treinta y cinco años se localizó en el tronco con intenso lumbago, y actualmente apenas se aqueja de estas manifestaciones.

Se presentó en mi consulta manifestando que no ve bien lo que se le presenta de frente y, en cambio, por los lados distingue perfectamente. Fenómeno que empezó de un modo gradual, pero más acentuado en el ojo derecho.

El examen á la luz oblicua y oftalmoscopia á distancia no acusa ninguna opacidad en los medios transparentes. Las pupilas con dilatación normal reaccionan perfectamente á la luz.

La agudeza visual es de  $\frac{1}{7}$  ojo derecho y de  $\frac{1}{4}$  ojo izquierdo. Sentido cromático bien. El campo visual revela un escotoma central en el ojo derecho de  $10^\circ$  de forma irregular. La visión periférica conservada. En el ojo izquierdo el escotoma es pericentral en forma de anillo irregular, y también se conserva normal la visión periférica.

El examen oftalmoscópico demuestra una palidez muy acentuada en la mitad temporal de la papila, sobre la que resalta un vasito venoso de regular calibre como cortada en terminación.

Hay acúmulo de pigmento en las proximidades del nervio. Los vasos retinianos aparecen normales. Sólo se nota la ausencia de los pequeños colaterales que normalmente se dirigen hacia la mácula, así como también de los maculares directos.

El examen general da una ausencia de trastornos á distancia.

Reacción de Wassermann, negativa; líquido cefalorraquídeo, curva de Longe (1-1-1-0000000); presión arterial máxima 120 milímetros en Hg. Análisis de orina normal.

El examen del sistema nervioso central por el Dr. Raul de Montaud no dió síntomas de focos corticales.

Tenemos un grupo de enfermedades que por su etiología, patogenia y por los síntomas que de común tienen el escotoma central pudieran ser confundibles. Me refiero á la retinitis circinada; á la retinitis macular atrófica y á la neuritis retrobulbar en estado crónico.

La retinitis circinada, si bien se presenta en algunos casos en el hombre, es una afección propia de la mujer después de la menopausia. La región macular ofrece un enturbamiento gris amarillento, y en sus proximidades se aprecia un cinturón de manchas blancas ó hemorragias de tamaño variable.

El examen oftalmoscópico expuesto indica fácilmente la diferenciación con la enfermedad que nos ocupa. Aunque también constituye una manifestación de arterioesclerosis.

En la retinitis macular atrófica las manchas no afectan la forma de círculo como en la circinada, sino que se encuentran diseminadas por toda la región.

La neuritis retrobulbar no es confundible con este caso, aunque el escotoma central y las alteraciones en el fascículo macular tengan mucha semejanza. En este individuo no concurre la intoxicación del alcohol, tabaco, etc. Ahora bien, si la intoxicación reumática, si la crisis sanguínea ha producido alteraciones iguales, aunque no directas, por ser la lesión vascular la inicial, podríamos conceptualarla también como una forma de neuritis retrobulbar.

En los enfermos afectados de neuritis retrobulbar, se ha demostrado un proceso de esclerosis limitado á las partes del nervio que corresponde al trayecto del fascículo macular. Para ello Uhthoff admite la existencia previa de un proceso flogístico que interesa el tejido conectivo intersticial del nervio, que se propaga lesionando las fibras nerviosas que están en contacto.

Para buscar una patogenia que explique este caso, no sirve de base la teoría Uhthoff para la neuritis retrobulbar, teniendo en cuenta la estructura del nervio y como se realiza su nutrición.

Ya sabemos que los tabiques de tejidos conectivos proceden de la piamadre ó vaina interna del nervio y penetran entre los haces de tubos nerviosos para conducir los pequeños vasos que han de nutrir la parte periférica del tronco nervioso.

En la proximidad de la entrada del nervio óptico en el globo ocular, la nutrición es esencialmente perineural. Por los vasos de la vaina nutricia del nervio. Como las fibras maculares pasan por el centro del nervio desde el agujero óptico, y hacen periféricas rechazadas por la entrada en él de los vasos centrales de la retina, quedan las fibras maculares antes de llegar á la lámina cribosa en la porción externa y temporal del nervio, y, por tanto, en contacto con la vaina pial ó neurilema.

Las alteraciones vasculares de las vainas del nervio que están en contacto con estas fibras, pueden ser origen de lesiones maculares de conducción. Las artritis en vasos de pequeño calibre determinan un riego sanguíneo defectuoso y engendran degeneraciones en las células de los tejidos, sobre todo en estas vainas cuyas arterias poseen un sistema de colaterales poco desarrollados.

Por eso creo que en el presente caso, se trata de un escotoma central por esclerosis en las vainas del nervio óptico.

## Sección oficial.

### MINISTERIO DE MARINA

#### REAL ORDEN

Excmo. Sr.: Vista la solicitud del médico mayor de la Armada D. Luis Summers de la Cavada, en súplica de que los médicos de las Comandancias de Marina formen parte de las Juntas técnicas inspectoras de reconocimiento de los buques habilitados para el transporte de emigrantes, con arreglo á lo preceptuado en Real orden de este Ministerio fecha 13 de Octubre de 1908; vistos los informes de la Jefatura de los Servicios Sanitarios de la Armada y la Real orden comunicada del Ministerio del Trabajo de 3 del corriente, dictada de acuerdo con el informe de la Comisión permanente del Consejo Superior de Emigración,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer que los médicos de la Armada destinados en las Comandancias de Marina formen parte, como vocales, de las referidas Juntas técnicas de reconocimiento de aptitud de los buques autorizados para el transporte de emigrantes en lugar de los médicos de Sanidad exterior.

# PEÑACASTILLO

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

Director: DR. MORALES. — Santander.



De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 11 de Noviembre de 1921.—*Marqués de Cortina*.—Señor general jefe de los Servicios Sanitarios de la Armada, señor almirante jefe del Estado Mayor Central de la Armada, señores capitanes generales de los Departamentos de Cádiz, Ferrol y Cartagena, señor inspector general de Sanidad de la Armada. Señores...

## MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Ilmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer que se anuncie la provisión, mediante oposición entre auxiliares, de las siguientes cátedras, vacantes en las Universidades del Reino:

Facultad de Medicina: Medicina legal y Toxicología, de la Universidad de Valladolid. Patología médica, con su clínica, de la Universidad de Sevilla.

Facultad de Ciencias: Química orgánica, de la Universidad de Salamanca.

Facultad de Farmacia: Botánica descriptiva, con sus prácticas, de la Universidad de Barcelona.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años.—Madrid, 27 de Octubre de 1921.—*Silió*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 6 de Noviembre.)

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,4; ídem mínima, 700,3; temperatura máxima, 13,4; ídem mínima, 5,3; vientos dominantes, NE. NNE.

Aunque no en el grado de intensidad que algunos periódicos han publicado, es lo cierto que la endemia de fiebres tifoideas que habitualmente reina en Madrid y que venía mitigándose durante el último verano, ha sufrido una exacerbación epidémica manifestada por focos en diferentes puntos de la población y comprobada por el aumento de enfermos de esta índole ingresados en los hospitales.

En las demás enfermedades ha habido pocas variaciones durante la semana anterior.

## Crónicas.

**De autono .. suya.**—Los estudiantes de algunas Facultades han comenzado este año á negarse á entrar en clase en solicitud del consabido punto, desde el 20 de Noviembre. No podemos negarles que son lógicos. Ellos dirán: «*A catédráticos de sesenta horas anuales, alumnos de sesenta horas y si aquellos señores se reservan el derecho de emplear sus sesenta horas cuando bien les plazca, nosotros también nos reservamos el derecho de emplearlas según nuestra comodidad*». La autonomía debe ser para todos y no para unos.

—Los estudiantes de Zaragoza, leemos que han procedido en defensa de un catedrático que se permitió dar una conferencia mostrándose enemigo de la autonomía famosa. También encontramos que hizo bien el rector que interrumpió la conferencia. Recuerda la enseñanza del ciudadano Nerón de la *Marsellesa*:

«El pensamiento libre  
proclamo en alta voz,  
y muera el que no piense  
igual que pienso yo.»

Dirán los estudiantes: No todos los textos han de ser los que nos cuestan tan caros zurcidos por nuestros maestros.

A lo menos los de las zarzuelas son más agradables, más educativos y más baratos.

—Leemos por último el siguiente telegrama:

«*Zaragoza 28*.—En la Facultad de Medicina se ha producido hoy un gran revuelo entre los escolares de los primeros cursos, los cuales se negaron á entrar en las clases por no darse por satisfechos de las explicaciones de Fisiología que da el nuevo auxiliar nombrado por el claustro autónomo.

En el salón de actos de la Facultad de Medicina dió esta tarde una conferencia, sobre autonomía universitaria, el catedrático D. Jerónimo Vecino.

Este se manifestó enemigo de la autonomía universitaria y defendió la Universidad oficial.

Sus manifestaciones produjeron gran extrañeza entre los catedráticos presentes.

En un ataque á la Universidad autónoma, el orador fué llamado al orden por el rector, que presidía la conferencia, y entonces los escolares se pronunciaron en favor del Sr. Vecino, y le hicieron objeto de una cariñosa ovación.

Como nuevamente fuera interrumpido el Sr. Vecino, éste dijo que se abstenía de seguir hablando ante la actitud de coacción en que se colocaban el rector y el decano de la Facultad de Medicina, á quien también parece que no agradaron mucho las manifestaciones de simpatía de los escolares hacia el catedrático que hablaba.

Los estudiantes abandonaron el salón aplaudiendo al señor Vecino, y esperaron á que saliera á la calle para acompañarle á su casa. No lo hicieron porque así se lo pidió aquél, muy agradecido á las atenciones de los estudiantes.

El incidente ha sido muy comentado esta noche en Zaragoza.»

Estos son los comienzos... se continuará.

**La duquesa de la Victoria condecorada.**—El Rey ha firmado y la *Gaceta* publicado un simpático decreto en virtud del cual se concede la Gran Cruz de la Orden Civil de Beneficencia con distintivo blanco á la duquesa de la Victoria.

Ningún español puede regatear los méritos y justicia de esta distinción. Baste decir que desde los primeros acontecimientos de Julio en Marruecos, no se ha separado esta dama de la cabecera de los heridos y enfermos de la última campaña.

En los términos en que se expresa el Gobierno por la pluma del ministro de la Gobernación, para hacer la concesión, se encomia la hermosa labor, altamente humanitaria, caritativa y altruista, en favor de los heridos y enfermos del ejército de Africa, al que asiduamente y con notorio espíritu de sacrificio prestando su personal cooperación realizó doña Carmen Angolotti y Mesa, duquesa de la Victoria.

**En el país de Galimatías.**—Verdadera sorpresa nos produjo hace pocos días la lectura de una Real orden emanada del Ministerio de Marina, y según la cual se disponía que en las Juntas de emigración entrara á formar parte un médico del Cuerpo de Sanidad de la Armada en sustitución del médico de Sanidad exterior que hasta ahora venía formando parte de ellas. Aunque nuestra Administración pública debe tenernos curados de espanto en materia de procedimientos anónimos y originales, no acertábamos á comprender cómo el señor ministro de la Gobernación podía consentir que desde otro departamento se sustituyera á un funcionario suyo, porque si, ni cómo el señor ministro de Marina podía atreverse á tal desafuero. Podía ser inocente el caso, pero como no nos falta del todo la memoria, creíamos ver renacer en él cierta antigua aspiración por la que se quería encontrar justificación y empleo á un Cuerpo exuberante, que no puede encontrarlos en el fin para que naturalmente fué creado. Por fortuna parece que las cosas se han aclarado y los médicos de Sanidad exterior continuarán desempeñando la función á que naturalmente fueron llamados.

**Invitación tardía.**—Por el correo del día 26 de este mes, procedente de Valencia y en sobre timbrado (que conserva-

## 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.



mos), hemos recibido la invitación para la Asamblea de la Federación de Colegios Médicos que debe haberse celebrado en Barcelona el día 27. Nos permitimos llamar la atención de los señores organizadores de tales Asambleas, pues no deben creer que los médicos tengan hecho el equipaje para echar á correr cuando á ellos bien les plazca, y dan con tales tardanzas á sus reuniones el aspecto de una intencionada reducción de intervenciones, sin considerar que esto merma luego la autoridad de los acuerdos tomados á la usanza caciquil de Juan Palomo. En las reuniones de Cuerpos de carácter oficial, que pueden tener fijadas de antemano fechas reglamentarias, tendrían todavía estos descuidos cierta disculpa; pero en reuniones de carácter absolutamente espontáneo, extraoficial y privado, como las de la Federación, debe darse tiempo á las gentes para que piensen lo que convenga á los intereses de las colectividades (*Colegios*) que se quiere dar por representadas.

No puede tacharse á nuestro periódico de rehacio en secundar las gestiones de la Junta directiva de la Federación, puesto que siempre nos hemos apresurado á publicar sus acuerdos; pero una cosa es decir que una reunión se celebrará próximamente y que *en principio* se ha convenido una fecha, y otra cosa es marcar la fecha misma á los que tienen que atravesar la península entera para acudir á un acto.

**Regalo á nuestros suscriptores.**—**UN MICROSCOPIO.** Véanse las condiciones para la adjudicación en la página XXXIX de los anuncios.

**Donativo estimable.**—Por intermedio del Dr. Massip, como el más antiguo de sus miembros, se ha enviado por el Cuerpo de médicos del Registro civil la cantidad de *ochocientas pesetas* á la tesorería del Colegio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos.

**ADVERTENCIA IMPORTANTE.**—Compuesto ya este número ha surgido una huelga en el gremio de encuadernadores de Madrid, lo cual impide que pueda llegar á manos de nuestros suscriptores con la puntualidad debida.

**Diploma de Higiene de la Universidad de Cambridge.**—La Universidad de Cambridge, respondiendo á una comunicación de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja en Ginebra, acaba de crear un nuevo diploma de Higiene.

Con el fin de dar al proyecto un carácter internacional se desea reunir aquí personas que representen las ideas de los diferentes países y que quieran al mismo tiempo aprovechar las ventajas ofrecidas en las clases de esta Universidad para el estudio de las materias de referencia.

El objeto principal del curso es familiarizar á quienes así lo deseen, con los métodos ingleses en la ciencia y práctica sanitarias, y ponerles en condiciones de volver á sus respectivos países provistos de un certificado oficial que acredite su capacidad para desempeñar el cargo de inspectores de Higiene (*Officers of Health*).

Podrán obtener este diploma los candidatos de todos los países ajenos á los dominios británicos, que estén en posesión de algún título oficial que les permita el ejercicio de la Medicina ó Cirugía en el país de su residencia, y se advierte que el susodicho diploma no facultará para el ejercicio de esas funciones en el territorio de Gran Bretaña ó Irlanda.

El curso completo constará de nueve meses y todos los candidatos tendrán que matricularse y residir en la Universidad, por el espacio mínimo de dos trimestres, ó un trimestre y un curso de verano.

Los exámenes se dividirán en dos ejercicios, exigiéndose en cada uno los mismos conocimientos que se requieren para el diploma inglés similar (*Diploma of Public Health*), con excepción del detalle de las leyes y reglamentos ingleses de Sanidad pública, ya que al candidato ha de interesar más el conocimiento de los principios generales de la legislación sanitaria inglesa, que el pormenor de los deberes y obligaciones legales de nuestros funcionarios.—*J. E. Punis*, secretario del State Medicine Syndicate.

**Los médicos y la falta de fluido eléctrico.**—Una Comisión de médicos, presidida por el Dr. Recasens, visitó el día 25 al gobernador civil para protestar contra los perjuicios que la falta de fluido eléctrico produce en las clínicas, especialmente para la aplicación de los rayos X.

El gobernador les prometió hacer cuanto esté en su mano para evitar estas irregularidades.

Son verdaderamente lamentables los perjuicios que ocasiona esta falta de fluido, no sólo en las aplicaciones médicas de la electricidad, sino en los males que produce al practicarse trabajos en que interviene principalmente la vista en clínicas, talleres y oficinas.

**A nuestros suscriptores.**—El día 15 del corriente mes entregaremos los giros contra aquellos suscriptores que aún no tienen abonada la cantidad correspondiente al presente año.

Como en números anteriores hemos indicado, las letras llevan un recargo de una peseta, y rogamos encarecidamente á los que hasta dicha fecha no remitan el importe por giro postal, hagan aquellas efectivas y caso de haber podido sufrir algún error en esta Administración, el que no se crea con tal débito escriba indicando la falta, que será subsanada en el instante.

**Promoción de 1915.**—Se recuerda á los compañeros que terminaron sus estudios el curso de 1915 en Madrid y que por cualquier causa no hayan recibido invitación directa, que el banquete de dicha promoción se verificará el día 10 de Diciembre, á las nueve de la noche, en el Casino Liceo de América (Alcalá, 50), pudiendo recogerse las tarjetas, al precio de 20 pesetas, durante los días 7, 8 y 9 á cualquier hora del día, y 10 hasta las doce de su mañana, en casa de su condiscípulo el Dr. Barrio de Medina, Augusto Figueroa, 11 y 13.

**Oposiciones á médicos de Sanidad Militar.**—La Editorial Campos, Princesa, 14, ha dado comienzo á la publicación de unos apuntes, conforme al nuevo programa, que se adquieren, por suscripción, previo pago de 75 pesetas, y estarán terminados antes del comienzo de los ejercicios.

También tiene apuntes y programas para las demás oposiciones médicas.

**Peptopancreasi Serrano.**—Al presente número acompañamos un prospecto del Instituto Nacional Médico Farmacológico, de Roma (representante en España: Luis Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona), cuya lectura recomendamos.



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

**ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO**

**Radiozono**

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial, Argensola, número 4, Madrid.

**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, caquexias, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

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

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