

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. BLANC Y FORTACIN

Del Hospital de la Princesa.

L. CARDENAL

Catedrático de Cirugía de Madrid.
Cirujano del Hospital de la Princesa.

J. CODINA CASTELLVI

Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.

V. CORTEZO

Jefe del Parque Sanitario de Madrid.
Del Instituto Alfonso XIII.

L. ELIZAGARAY

Del Hospital General de Madrid.

A. ESPINA Y CAPO

Académico de la Real de Medicina.

A. FERNÁNDEZ

Ex-interno de la Facultad y Hospitales.

A. GARCÍA TAPIA

Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.

F. GONZÁLEZ AGUILAR

Director-Médico del Instituto Cervantes.

J. GOYANES

Cirujano del Hospital General de Madrid.

B. HERNÁNDEZ BRIZ

Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

T. HERNANDO

Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

F. LOPEZ PRIETO

Ex-Médico-Titular.

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.

G. MARRAÑÓN

Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

M. MARIN AMAT

Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.

J. MOURIZ RIESGO

Jefe del Laboratorio del Hospital General.

B. NAVARRO CÁNOVAS

Profesor de Radiología del Hospital Militar.

S. PASCUAL Y RÍOS

Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.

A. PULIDO MARTÍN

Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

G. RODRÍGUEZ LAFORA

Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.

J. SANCHIS SANUS

Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.

J. SARABIA PARDO

Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.

F. TELLO

Director del Instituto Alfonso XIII

L. URRUTIA

Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

R. DEL VALLE Y ALDABALDE

Del Hospital General.

PROGRAMA CIENTIFICO:

Clínica española.—*Archivo ó 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: De las estrecheces pélvicas más comunes en la clínica y su tratamiento, por Ignacio Pedriani.—La educación intelectual y profesional de los anormales del aparato locomotor, por D. Joaquín Decref.—Fué error y fué diagnóstico ó el señor Microscopio rectifica, por el Dr. T. Cobo Martínez.—Observaciones sobre un caso de glomerulonefritis difusa, por el Dr. Antonio M. Vallejo de Simón.—Bibliografía.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—El lenguaje médico, por El Maestro Ciruela.—El Dr. Juan Santos Fernández, de la Habana (Cuba), por el Dr. Marín Amat.—A los médicos del Registro civil de España, por F. Javier Cortezo.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

De las estrecheces pélvicas más comunes en la clínica y su tratamiento

MEMORIA ORIGINAL

DE

IGNACIO PEDRIANI

Que fué calificada con la nota de sobresaliente el día 24 de Junio de 1922.

PRÓLOGO

Tema muy estudiado ya, es el de las estrecheces pélvicas, pues de día en día crece á nuestros ojos la importancia que tienen en el parto.

No hay más que fijarse en las estadísticas, para ver lo frecuentes que son las estrecheces, pues según aquellas, un 15 á un 20 por 100 de los partos se realizan en pelvis de esta clase.

Las deformidades pélvicas que pueden presentarse nos son bastante variadas, pero si bien algunas son muy frecuentes, otras, en cambio, son raras. Nuestro deseo, pues, según el título que encabeza estas páginas, es: el ocuparnos de aquellas estrecheces que son frecuentes; describirlas detalladamente, así como el mecanismo del parto en ellas; enseñar el mejor modo de diagnosticarlas y exponer los medios de que debemos valernos para hacer que el parto termine felizmente para el feto y para la madre.

Todas estas cosas, según hemos dicho antes, han sido ya muy estudiadas y por personas mucho más competentes que yo en la materia; pero nuestro deseo es recopilar aquí los datos más prácticos, á fin de que en no mucho espacio pueda tener el lector todo lo suficiente para poder atender á este capítulo tan importante de la obstetricia.

Para ello, hemos tomado notas de varios autores tan importantes como Bumm, Ribemont, Recasens, etcétera, al mismo tiempo que aportamos los datos de 105 casos, observados personalmente en la clínica.

Antes de entrar de lleno en el trabajo que nos proponemos, creemos que debemos de hacer un poco de estudio de la historia de las estrecheces; después hablaremos de su clasificación, á fin de eliminar aquellas especies de estrechez, que por no ser frecuentes, no quedan dentro de nuestro estudio, y quedándonos ya sólo con las que vamos á estudiar, las describiremos detalladamente. Si al final de este trabajo hemos conseguido que no sea pesado al lector y que haya podido sacar algún fruto de él, nos daremos por muy satisfechos.

CAPÍTULO I

Al hacer el estudio de las estrecheces, nos llama la atención observar por cuánto tiempo han sido ignoradas y cómo autores de gran prestigio ni siquiera las mencionan.

Así vemos, que hasta que en 1543 después de J. C. Arantius describió la pelvis estrecha, ésta se desconocía por completo.

Varias causas eran las que daban lugar á esta ignorancia, unas eran debidas á la falta de estudio anatómico de la pelvis, pues no haciéndose autopsias, se conocía muy deficientemente la pelvis normal y por lo tanto era difícil poder encontrar diferencia de unas á otras, y otras eran las teorías erróneas que se tenían acerca del parto.

Se creía antes, que los ligamentos que unían los huesos de la pelvis, no eran tan resistentes y poco elásticos como lo son realmente y que en el momento de tener que pasar la cabeza del feto por el anillo pélvico éste se agrandaba gracias á la elasticidad de los ligamentos; pero Versalio (1543) descubrió por primera vez lo resistentes que eran los ligamentos y la imposibilidad de que se agrandase el anillo.

Otro error que se tuvo mucho tiempo, fué creer que el parto era debido sólo á las fuerzas del feto, y así confundían el efecto con las causas, y si después de un parto laborioso nacía un feto muerto, en vez de atribuir la muerte de este último á lo laborioso de qué, creían que el parto había sido laborioso por estar el feto muerto.

Puede decirse que el fundador del conocimiento tocológico de la pelvis fué Henrich Van Devauter (1701) que escribió su *Neve Hebarmenlicht* comenzándolo por un estudio de la pelvis normal y describiendo también dos clases de estrecheces. Este autor señala también la importancia que tienen las estrecheces, desde el punto de vista tocológico por las malas consecuencias que puede traer para el parto.

También nos indica cómo se acabalgan los huesos del feto, á fin de así vencer mejor la estrechez, y las huellas que el paso de este por un anillo pélvico estrecho puede dejar en los huesos de su cabeza.

Al mismo tiempo que Henrich, De la Molte consideraba como causa esencial de los partos difíciles á las estrecheces del anillo superior de la pelvis, y dió preceptos admirables para su tratamiento.

Puzcos († 1753) hizo un estudio detenido de las pelvis raquílicas, descubriendo que las deformidades producidas en ellas eran debidas al peso del cuerpo sobre los huesos reblandecidos y aptos para sufrir cualquiera transformación.

También nos indicó este autor de cómo en pelvis con bastante estrechez se pueden producir partos felices; pero que, á pesar de ello, no debemos confiarnos, pues en una mujer que haya tenido partos felices, á pesar de su estrechez, puede venir uno en que le cueste la vida al feto, á la madre, ó á ambos.

W. Smellie (1751) describió en Inglaterra con perfección la pelvis normal y también la raquílica, así como las deformaciones de los huesos de la cabeza del feto á su paso por un anillo pélvico estrechado.

Este autor fué el primero que trató de deducir el diámetro conjugado verdadero del conjugado diagonal.

Por el mismo tiempo existió el francés Devret, rival del anterior, y el cual habló también de las estre-

checes pélvicas y de la pelvis raquílica; pero emitió algunos errores, tales como decir que el conjugado era el mayor diámetro de la pelvis.

Damán, de nacionalidad inglesa, fué el primero que con un detenido estudio se ocupó de las leyes que rigen el modelamiento de la pelvis; pero, á pesar de ello, no se ocupó luego de las estrecheces pélvicas y sus modos de formarse.

En el año 1893 publicó Frereneri una disertación, en la que por vez primera se había hecho el intento de determinar el conjunto de causas que concurren al modelamiento de la pelvis.

Boudelocque (1781), el gran tocólogo francés, se ocupó, no ya en describir las clases de estrechez y las causas que las producen, sino que mostró todo su empeño en ver el modo de diagnosticarlas en el vivo. Así se debe á él la medición de la conjugada externa, que tomó de él su nombre, y la medición de la conjugada diagonal por medio del dedo, y de la cual, como ya hemos dicho anteriormente, había ya tratado Smellie de deducir la conjugada verdadera.

Stein el joven (1802), siguiendo las descripciones prácticas que había dado Smellie, describió magistralmente la pelvis raquílica y la osteomalácica, é hizo aparecer de nuevo la pelvis total y regularmente estrechada, que había caído en el olvido.

De todos los autores que de las estrecheces pélvicas se han ocupado, el más célebre, sin duda, es G. A. Michaelis († 1848), pues se puede decir que hizo ya el primer tratado completo sobre estrecheces; así vemos que además de explicar las alteraciones mecánicas producidas durante el parto, á causa de las estrecheces, hizo notar la importancia capital que en él tiene la actividad contráctil, y también expuso el modo de desviarse el parto de lo normal, según la clase de estrechez de que se tratara. Y por último, nos indicó que las estrecheces pélvicas eran mucho más frecuentes de lo que realmente se creía.

No terminaremos este resumen de historia sin incluir el nombre de Kilian, que en una monografía sobre pelvis nos describe las crestas que pueden presentarse en las pelvis raquílicas, y los de Klein, Hohl y Linman, tocólogos alemanes, que tanto se han distinguido también en el estudio de las estrecheces.

CAPÍTULO II

Como quiera que no nos vamos á ocupar del estudio de todas las estrecheces, sino de aquellas que son más comunes, creemos conveniente hacer antes una clasificación de todas ellas, á fin de eliminar los grupos de que por ser poco frecuentes no nos hemos de ocupar.

Varias han sido las clasificaciones que se han hecho de las pelvis y varios también los motivos que se han tenido en cuenta para hacer cada una. Así, unos autores han tenido en cuenta la etiología y describen juntas pelvis distintas, con tal de que el factor que las produce sea el mismo; otros, por el contrario, sólo se ocupan de su forma y describen la pelvis plegada, sin ocuparse de que sea raquílica ú osteomalácica, y otros, por último, solo atienden á clasificar juntas aquellas que

pueden traer consecuencias semejantes para el parto.

Expondremos ahora las principales clasificaciones que se han hecho, mirando las ventajas é inconvenientes que cada una tiene, y al final expondremos la nuestra, que aunque no creemos libre de defectos, nos ha parecido, sin embargo, más á propósito para nuestros fines.

Comenzaremos primero por exponer una clasificación, que ha sido la que durante muchísimo tiempo se ha venido siguiendo y se ha considerado como clásica.

Según esta clasificación, las pelvis se dividen del modo siguiente:

- 1.º Por exceso de amplitud.
 - Con perfección de formas..... Pelvis enana.
 - Con alteración de formas y vicios que recaen principalmente sobre los diámetros. Pelvis plana no raquíctica.
 - Antero-posterior... Pelvis raquíctica.
 - Oblicuos... Pelvis osteomalácica.
 - Transversos... Pelvis de Naeguele.
 - Pelvis de Lenair.
 - Pelvis de Robert.
- 2.º Por estrechez.
 - Por falta de amplitud.
 - Viciadas por obstrucción..... Espondiloletemas.
 - Viciadas por callos deformes, tumores óseos. Espondilolitecias.
- 3.º Por mala dirección de los planos.
- 4.º Vicios de conformación complejos de la pelvis.

Según Ribemont, puede oponerse á esta clasificación el inconveniente de que en las pelvis con alteración de formas no hay un solo diámetro viciado, pero sin duda ha sido que el Sr. Ribemont no se ha fijado bien en que lo que dice la clasificación es, «cuyos vicios recaen principalmente en el diámetro, etc.», lo cual indica que los otros diámetros también están afectados aunque no tanto.

En cuanto á que las pelvis por exceso de amplitud no deban clasificarse en las deformidades de la pelvis, no estoy tampoco conforme con Ribemont, pues indudablemente que en nada influyen al mecanismo del parto, porque no es cierto que por realizarse en ellas más de prisa, dé lugar á rasgadura, pero debemos de tener en cuenta que tiene que considerarse como anómala toda pelvis que no tenga las dimensiones normales, ya sea por defecto ó por exceso, como en el caso presente, del mismo modo que no se considera normal ni un enano, ni un gigante, y que si bien de la pelvis más amplia que la normal no tenemos que ocuparnos desde el punto de vista tocológico, tampoco puede ésta faltar en ninguna clasificación anatómica.

Para mi modo de ver, el mayor defecto que tiene esta clasificación es el de ser demasiado dividida, esto es, que considera demasiadas clases, y yo creo que debe tenderse á agruparlas en los grupos necesarios para poder explicar el mecanismo del parto en cada uno, pero procurando que sean los menos posible, es decir, tratar de generalizar más que de especializar.

Varnier, en su curso de 1895, dividió la pelvis en

a) Pelvis simétricas.

- | | | |
|------------------------------|---|--|
| Con lesiones intrínsecas.... | Lesiones de la columna vertebral..
Luxación congénita de los fémures | 1.ª Aplastadas de delante á atrás. |
| | | 2.ª Disminuídas en los diámetros anteroposteriores más en los sacrocotiloideos. |
| | | 3.ª Disminuídas en el estrecho inferior por cifosis angular de la columna lumbar, dorso lumbar ó dorsal. |
| | | 4.ª Cubiertas en el estrecho superior por espondilolitecia. |
| | | 5.ª Obturadas en el estrecho superior por deslizamiento (Espondilolitecia). |
- Pelvis anchas pero antevertidas.

B) Pelvis asimétricas.

- 1.º Oblicuas, oval de Naeguele, con atrofia sacra sinostosis.
- 2.º Aplastadas lateralmente con escoliosis ó xifoescoliosis de la columna vertebral.
- 3.º Oblicua, oval con atrofia sacra sin sinostosis con luxación congénita unilateral ó amputación de un muslo ó coxalgia unilateral.

C) Pelvis con vicios de conformación complejos.

Algunos autores han criticado esta clasificación, porque dividiendo las pelvis en simétricas y asimétricas, hace que, por ejemplo, la pelvis deforme por luxación congénita de la cadera haya que estudiarla aparte, según sea uni ó bilateral.

Indudablemente, más didáctica es la clasificación de A. Ribemont, de la que en seguida hablaremos, pero no se puede negar, que desde el punto de vista obstétrico es más práctico agrupar á aquella pelvis cuyo anillo inferior, que es el que más nos interesa, es más semejante, y no el agruparlas según su etiología, toda vez que el mecanismo del parto será, por ejemplo, más semejante en dos pelvis ovales ó asimétricas, aunque sean distintas las causas que la originan, que no el describir á la vez una pelvis plana y otra oblicua, porque sea la misma la enfermedad que las ha originado, como sucede con la coxalgia uni y bilateral.

A. Ribemont divide las pelvis del modo siguiente:

- A) Pelvis viciadas por raquitismo.
- B) Pelvis aplanadas no raquícticas.
- C) Pelvis generalmente estrecha (pelvis enana).
- D) Pelvis viciadas por osteomalacia.
- E) Pelvis viciadas por lesión local de la pelvis: Pelvis de Naeguele, pelvis de Robert.
- F) Pelvis viciada por lesión de la articulación coxo-femoral ó de los miembros inferiores.

H) Pelvis viciadas por obstrucción: 1.º, por deslizamiento de la columna vertebral; 2.º, por tumores.

D) Pelvis con vicios de conformación complejos.

A esta clasificación, más que nada, lo que le ocurre es que es poco práctica, pues la causa importante, que es la deformidad pélvica, la estudia como una consecuencia patológica, y nosotros creemos que lo principal es la deformidad, y, que por lo tanto, ésta debe constituir el tipo y luego estudiar juntas todas las causas y orígenes que pueden tener las deformidades semejantes.

El Dr. Recasens el criterio que tiene es también el

de clasificarlas por las causas que la producen, y podemos decir que primero hace varios grandes grupos en que reúne aquellas causas que tienen semejanza entre sí y dentro de esos grupos hace otros, en los que se encuentran las causas etiológicas.

Así tenemos que la división es como sigue:

- 1.^a Alteraciones de la columna vertebral...
 - Raquítica.
 - Osteomaláica.
 - Piana no raquítica.
- 2.^a Alteraciones de la columna vertebral...
 - Lordósica.
 - Cifósica.
 - Espondilocemática.
 - Espondilolítica.
- 3.^a Anomalía de los huesos que la constituyen...
 - Por exceso...
 - Parcial... Por asimilación.
 - Total... Por existir seis piezas sacras.
 - Por defecto...
 - Total... Pelvis gigante.
 - Justo menor.
 - Pelvis enana.
 - Parcial...
 - Ausencia de las alas del sacro (pelvis de Robert).
 - Ausencia de una sola de ellas (Nae-guele).
 - Falta de la sínfisis pubiana (Lizmann).
 - Falta de piezas sacras.
 - Coxalgia.
- 4.^a Enfermedades de los miembros inferiores...
 - Luxación congénita doble.
 - Luxación congénita sencilla.
 - Amputaciones y deformidades
- 5.^a Fractura y tumores.

De esta clasificación decimos lo mismo que de la de Ribemont, esto es, que aunque sea más didáctica que la que vamos a hacer, no nos parece tan a propósito para los fines que con ella nos proponemos; nosotros para hacer la clasificación nos hemos fijado principalmente en su morfología y hemos tratado de reunir en un mismo grupo aquellas pelvis que para el parto puedan tener la misma consecuencia, y éste siga en ellas un curso semejante; así, las dividimos del modo siguiente:

- 1.^a Pelvis cuyos diámetros están regularmente variados...
 - Aumentados. Pelvis gigantes.
 - Disminuídos.
 - Pelvis enana.
 - Pelvis uniforme y regularmente estrechada.
- 2.^a Pelvis cuya variación recae más principalmente en diámetros anteroposteriores...
 - Pelvis planas simples.
 - Pelvis plana raquítica.
 - Pelvis espondilolítica.
 - Pelvis oblicua oval de Nae-guele.
 - Pelvis escolióticas ó cifo escolióticas.
- 3.^a Pelvis cuyos diámetros más variados son los oblicuos...
 - Oblicuas ovales son sínóstosis atrofía sacra.
 - Pelvis con luxación congénita unilateral.
 - Pelvis con coxalgia unilateral.
- 4.^a Pelvis cuyo diámetros más variados son los transversales...
 - Pelvis varonil.
 - Pelvis anquilática.
 - Pelvis infundibuliforme.
- 5.^a Pelvis viciadas por mala dirección de los ejes y planos.

(Se continuará.)

La educación intelectual y profesional de los anormales del aparato locomotor

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA EL DÍA 29 DE ABRIL DE 1922

POR

D. JOAQUÍN DECRET

Académico de número.

Señores:

Quisiera yo que no os fijárais hoy en el mal ropaje con que mis escasas dotes han de cubrir la gran idea de humanidad, de verdadera caridad, de justicia si queréis, para que sólo ésta ocupara no sólo vuestro pensamiento, sino vuestro corazón. Esta idea por la cual vengo luchando hace tanto tiempo es de las que en el país donde se desarrolla marca un grado de cultura extraordinario, y yo, amante como el primero de mi patria, deseo con ardor que España marque este superior grado de adelanto social; por eso vengo hoy aquí, por eso yo que jamás creí que ningún asunto de los que con frecuencia traigo á las sesiones literarias debiera formar con los que se desarrollan en conferencias, he creído que este lo merecía, más que nada por tratarse de una idea de interés social y en cuya propaganda como en su ejecución necesito de la ayuda de elementos ajenos á mi profesión tanto como de los de mis compañeros.

Más de catorce años hace que vengo predicando sobre este asunto, pero hoy quiero activar la propaganda porque veo que con frecuencia en nuestra España se abusa de la ignorancia de las masas para precipitar los hechos dándoles apariencias de meditados, cuando en realidad no hay tal cosa. En todas partes las ideas si han de ser prácticas, si han de tener como fin la utilidad deseada, se van desarrollando por sus pasos contados, gradual y sucesivamente, con método. Nosotros tenemos sólo el privilegio de pretender crearlas instantáneamente, y por eso cuando toman ya la forma legal se quedan escritas, pero no se cumplen. En la implantación de leyes sociales en nuestro país se ve bien claro ese ejemplo, cuando una de esas reformas legales del progreso social moderno que cuesta á países más adelantados que el nuestro meses y años de estudios profundos dado el trastorno que su aplicación puede producir tanto económica como gubernamentalmente, y de pronto uno de nuestros partidos políticos que lo adoptó como bandera lo implanta en nuestro país antes que nadie, eso sí, porque eso es únicamente lo que en esta bendita tierra supone progreso, dando la sensación de que poseemos aptitudes sólo reservadas á nuestro pueblo, me acuerdo del pobre paisano mío que discutiendo con otro compañero si era ó no fácil el oficio de zapatero decía muy tranquilo: «Un par de botas lo hace cualquiera, un albañil; ahora, el que se las pone es el que se revienta». Pues bien, señores, esto pasa aquí con la educación de anormales de aparato locomotor, que sin el gradual desarrollo que ha seguido en todas partes se pretende implantar en sus distintas partes temiendo que una vez más se gaste el dinero y el entusiasmo de los que de buena fe lo prestan, en cosas inútiles que sólo aprovechan á los profesionales de novedades ó á los que protegidos por los políticos viven á costa de crear cargos bien retribuidos establecidos sobre ideas que nunca se han de llevar á cabo y de las que sólo se habla para beneficiar á los gangueiros, pero jamás á los desgraciados cuyas desdichas han dado lugar á su aparición. En todas partes los asilos para la educación de niños anormales de aparato locomotor fueron los que enseñaron

científicamente á médicos, maestros y sociólogos á implantar los asilos para reeducación de lisiados y mutilados por el trabajo, como estos fueron los precursores de los asilos donde se reeducaba con sus prótesis á los mutilados de la guerra; pero aquí se habla de implantar esto último sin que le haya precedido lo anterior.

Para nadie es un secreto, y menos para los médicos, que los niños que padecen lesiones congénitas ó adquiridas, cuyo largo tratamiento ocupa toda la infancia de esas criaturas si éstas son pobres, pasan esos años primeros donde la educación puede ejercer en mejores condiciones su benéfica influencia, en asilos ú hospitales, ó en sus propias y míseras casas, sin que les preocupe algo solamente la curación más ó menos completa de sus deformidades ó de sus más ó menos graves lesiones; pero nadie piensa en que esa criatura puede llegar á la edad adulta sin instrucción de ningún género, hasta sin saber leer ni escribir, sin tener un oficio con que ganarse la vida haciendo ésta independiente.

Así, por ejemplo, un niño atacado de mal vertebral de Pott necesita largas estancias en sanatorios ú hospitales mientras cura su enfermedad y á pesar de poseer casi siempre una lucidez extraordinaria de la inteligencia que parece compensar su desdicha, esa primordial cualidad, acaso la única que manifiesta actividad y potenciabilidad nada común en aquel cuerpecito debilísimo de tuberculoso, nadie se ocupa de cultivarlo para que esa función supla algún día con creces las defectuosas ó incompletas restantes. Lo mismo ocurre á los desgraciados que padecen artroceses de las distintas articulaciones, los afectos de poliomiélitis, cuyas residuales parálisis obligan á largos tratamientos para medio utilizar lo poco útil que dejó aquél terrible mal y que á veces tan sólo para que puedan andar malamente con unas muletas se hacen necesarias operaciones grandes y reeducaciones larguísimas; los que nacen ya mutilados, los raquítics, etc., etc., todos estos seres que en nuestro país afrentan por las calles nuestro decoro de hombres civilizados con la terrible frase que con lastimero acento os cantan los lisiados de nuestro país y que es una acusación para las conciencias honradas: «Una limosna por Dios que no lo puedo ganar», necesitan, exigen de nuestra civilización, que se convierta en la enérgica y salvadora de «Yo puedo ganarlo como si hubiera nacido tan completo y sano como los demás».

Pero además exigen del adelanto de nuestra ciencia que el oficio que les demos no les perjudique, y en vez de ser un medio de sostener la vida de un hombre, se convierta por falta de precaución en el pretexto que la enfermedad tome como más eficaz para llegar más rápidamente á agotar la existencia.

Se necesitan por lo tanto asilos donde el sol y las hábiles manos de cirujanos y maestros, de médicos educadores, logren la curación del cuerpo y del alma, y sin detrimento de sus delicadas economías tengan los medios de ganar el sustento que les haga independientes y no sean durante toda su vida una carga para sus familias y para la sociedad.

Veamos cómo puede conseguirse todo esto.

El año 1832 el Conservador real de Baviera von Kurz fundó en Alemania el primer asilo de lisiados que en alemán reciben el nombre Krüppelfürsorge, con objeto de curarlos al mismo tiempo que se los educaba é instruía en oficios adecuados, base del que posteriormente, doce años después, se fundaba, el Königliches Erziehung und Unterrichtsinstitut für Krüppelhafte Knaben, en la misma capital de Baviera. El objeto de estas fundaciones era recoger á los infelices niños lisiados que no podían ir á la escuela, educarlos intelectualmente é instruirlos en un oficio para que cuando abandonaran el asilo á cierta edad tuvieran medios de ga-

narse el sustento decorosamente y hacerse independientes. No sólo en Alemania se multiplicaron estas instituciones, sino que se fundaron y multiplicaron en Inglaterra, Estados Unidos, Italia, Suiza, Francia y hasta en 1908 se creó en Rusia el célebre Maximilian Heilanstalt, dirigido por el profesor Wellieminoff en San Petersburgo, dedicado al mismo objeto.

El Krüppelfürsorge alemán es la acción social de la Ortopedia y, además, es el que ha instruido á esos pueblos para organizar debidamente, sabiendo lo que se debe hacer, yendo por sus pasos contados á los asilos para inválidos del trabajo; no en balde fué Alemania la que enseñó al mundo á establecer todos los progresos que hoy conocemos en ciencias sociales, sobre todo en leyes sobre seguros para los trabajadores.

Ya hemos dicho que en España nos distinguimos por una cosa extraordinaria: somos los que menos estudiamos estas reformas, y, sin embargo, los que las solemos sacar primero en la *Gaceta*; parece que se dice: «Qué más da que sea mejor ó peor; no se ha de cumplir.» Cualquiera político se entera pronto y mal de un asunto de estos que nadie ha estudiado y lo crea de manera que nunca será útil más que para cuatro protegidos, que es para lo que aquí se crea todo. Así, quien no sepa esto y vea que lo que ha costado á otras naciones años y años estudiar, nosotros lo planteamos y lo sacamos convertido en ley á la *Gaceta*, copiado de cualquier parte, creará que tenemos aptitudes especiales con que la Naturaleza nos dotó exclusivamente.

Yo publiqué el año 1909 unos artículos en *Heraldo de Madrid*, siendo director el Dr. D. José Francos Rodríguez, que me dió encargo de hacer artículos profesionales de interés general, en los que se trataba ya de este asunto, describiendo los asilos de Alemania y Suiza. El año 1910 presenté una Memoria á la Real Academia Nacional de Medicina, siendo yo académico corresponsal, y en el mismo año publiqué un folleto, del que me permitiréis leeros algunos párrafos:

«La Real orden de 22 de Enero de 1910 del ministro de Instrucción Pública, Excmo. Sr. D. Antonio Barroso y Castiello, elogiada con justicia por cuantos son amantes de la humana cultura, es incompleta, pues ni siquiera se mencionan en ella á una porción de anormales imposibilitados de ganarse el sustento, y que, como dice muy bien el ex ministro liberal en su preámbulo, «aumentan el espantable ejército del pauperismo, constituyendo un baldón para estas opulentas ciudades».

Lástima grande que las circunstancias hubieran obligado al señor ministro á retardar un poco la elaboración de tan buena obra, y quizás en los pasados días de Carnaval la impresión producida en sus nobles sentimientos y claro talento, por esas *comparsas de desgraciados* que recorren las calles ostentando ese título en sus estandartes, hubiera contribuido á completar su obra.

Seguramente que ese inculto espectáculo de un montón de mutilados que asoman entre sus ridículos disfraces de percalina un tosco pedazo de madera que sustituye un miembro perdido ó deforme y que imploran la caridad haciendo mofa de su desdicha, hubiera convencido á su excelencia de que no se puede llegar á más abandono y degradación.

Esos seres con sus cinco sentidos y su inteligencia en completa aptitud para su educación, abandonados por todo el mundo, llegan á ese estado moral sin que á nadie le preocupe su protección.

Pero como hasta para ser desgraciado se necesita tener suerte, los anormales ciegos, sordos, mudos ó psicópatas

han tenido grandes hombres que los defiendan, y los anormales de aparato locomotor sólo este humilde médico, que por dedicarse á esa especialidad conoce sus necesidades, los ha tratado de favorecer tomando su defensa, y como yo también, por desgracia, pertenezco á una clase española por completo anormal, pues anormales somos los españoles que ni por casualidad nos hemos ocupado de aumentar nuestra influencia con la política, resulta que mi defensa es completamente inútil porque nadie me hará caso.

Sin embargo, como yo procuro cumplir como español y como médico todas mis obligaciones, y ésta lo es para mí sagrada, he decidido dar un poco más de publicidad á este asunto, y por eso, sacándolo de las academias y demás centros científicos donde hasta ahora lo he propagado, publiqué en *Heraldo de Madrid* unos artículos y hoy este folleto para tranquilidad de mi conciencia, aunque sea sin la más remota esperanza de lograr mi desinteresado y buen deseo, cosa por lo demás á que estoy muy acostumbrado.

«De suma interés social son todas aquellas cuestiones relacionadas con la profilaxis y tratamiento de las enfermedades quirúrgicas de la infancia, y más aún si éstas tocan en el lindero de la tuberculosis, pues entran de lleno en el terreno donde todas las clases sociales sostienen activas campañas en defensa de la salud. Si estos enfermos son pobres, el problema es, además, económico, pues se trata de que cuantos medios destinan los Gobiernos y particulares á tan humanitario objeto, sean empleados con el máximo de utilidad y el mínimo de gastos, que á tanto obligan las inmensas desdichas que hay que socorrer, y el sacrificio que imponen».

«Todos esos niños pobres que padecen deformidad congénita, adquirida ó consecutiva á un traumatismo, ó lesión tuberculosa local, agravada por la miseria del cuerpo y del espíritu, y que cierra el porvenir á infinidad de seres, pasan el período más crítico de su vida, aquél en que más cuidado necesita el cultivo de su cuerpo y de su inteligencia, aun en los niños sanos, ó en medio de la calle, sirviendo su desgracia de estímulo á la caridad para explotar la mendicidad, ó en un hospital, cuyas inapropiadas condiciones de alimentación y aireación, así como la falta de elementos para curarlos é instruirlos, inutilizan cuantos esfuerzos realice un médico estudioso y amante del cumplimiento de su deber, y la más pequeña parte puede alguna vez tropezar con un alma caritativa, ó influencia que le proporcione estancia en un sanatorio marítimo de los pocos que existen, donde si encuentran condiciones higiénicas para arrastrar de mejor y más humana condición su vida, pero no la resolución completa del problema, pues tampoco existen en ellos elementos suficientes para su curación é instrucción».

«La reconcentración de todas estas condiciones no se limita sólo al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de esas lesiones, sino que por ser éstas patrimonio, como ya hemos dicho, de la edad más crítica para la educación del ser humano, se extiende también á elegir y poner en práctica la manera como estos largos tratamientos se compaginan con la instrucción de estos seres, muchos de los cuales entran niños y salen hombres de estos establecimientos, y al médico especialista incumbe elegir y cultivar bajo su dirección la cultura general y la enseñanza de un oficio ó profesión, que sin perjudicar la economía de estos hombres del porvenir, enfermos é incompletos, les permita el día de mañana ganarse el sustento y disfrutar de la vida á que tienen derecho».

«Pero hay más: tales establecimientos necesitan estar implantados cerca de las grandes poblaciones, porque así su vida es más fácil y más barata, y su misión mucho más com-

pleta, por varias razones, siendo las más principales: la más económica y completa instrucción en sus escuelas y talleres, el mayor y más fácil surtido de elementos de curación, el mayor acúmulo de enfermos, tanto externos como internos, puesto que el principal contingente lo da el proletariado y población obrera de las grandes urbes, y la colocación ó salida de los productos industriales fabricados en el establecimiento, que es una de las principales fuentes de sostenimiento de estas fundaciones».

«Si á esto se agrega que los medios de comunicación entre el campo y las ciudades son hoy fáciles y baratos, se comprenderá cómo pueden compaginarse todas estas necesidades con la indispensable de respirar aire puro y tomar baños de sol».

«Esto, en poblaciones como Berlín, no es hoy un sueño, sino una realidad; y el que quiera enterarse con todos los detalles, no tiene más que leer varios tratados, sobre todo un artículo publicado por el Dr. K. Biesalski en el tomo XXI de la *Revista de Cirugía ortopédica*, que dirige el Dr. G. Joachimsthal, y verá la admirable organización del «Berlin Brandenburgischen Kruppelheil und Erziehungsanstalt», del que es director, y en donde, después de explicar la forma económica y ordenada, como se creó (pues empezó por un piso alquilado, donde sólo había diez camas, y hoy ya se ha instalado en un edificio propio, cedido por el Estado), aconseja la creación, por lo menos, de uno por cada Estado».

«Lo mismo ocurre en Austria, en Rusia y en América del Norte».

Es vulgar en nuestro país creer que todo lisiado tiene malos sentimientos, que tiene mala intención y poco amor al prójimo, hasta el punto de creer que es la mano de Dios la que los ha hecho ese terrible daño por esa causa. ¿Quién no sabe que en todos los pueblos y hasta en el teatro siempre se sacó al jorobado como individuo de malos instintos y vengativo? Pues bien, esto que es una verdad de todos conocida no debe achacarse á la mano de Dios, sino á la de esta sociedad nuestra, única culpable. El lisiado en España no sólo es un ser abandonado á quien no se instruye, sino que desde niño se le considera como una carga inútil en el presente y en el porvenir y únicamente se le explota para estimular la caridad y esta misma explotación sirve á verdaderas instituciones que viven de ellos bajo el dictado de que los tienen recogidos, pues aunque no se imita á las instituciones extranjeras, que existen con el objeto que hemos indicado, están, según ellos, mejor que estarían en su casa. Aquí son objeto de burlas inhumanas, todos recordaréis al jorobadito que vendía décimos de la Lotería Nacional, explotando la superchería vulgar de que la joroba da la suerte. ¿Qué de extraño tiene que quien es objeto de este trato indigno guarde odio y rencor, que no puede enmascarar una mediana educación, hacia los que así lo han abandonado y en una época en que se predica el odio como único medio de obtener ciertas reivindicaciones? Pues aunque eso fuera cierto, ¿qué de extraño tendría? En cambio, en esos países, como véis, hace ya noventa años que se preocupan de que esos seres no sólo se curen, sino que se eduquen é instruyan, teniendo la precaución de darles medios de vida que no perjudiquen á su quebrantada salud ó suficiencia para que na lie piense que han de ser una carga en el hogar, sino una eficaz ayuda, y, en último caso, se le pone en condiciones de ser independiente para que con su honrado trabajo cree un nuevo hogar, y cuando en esas redentoras condiciones se vea útil como cualquier hombre sano y completo, no podrá albergar odios para una sociedad que en vez de despreciarlo y explotarlo, le colocó en semejantes condiciones de igualdad con sus semejantes.

También en estas naciones cultas en que estas institucio-

nes venían funcionando desde antiguo, se encontraron estudiado y resuelto el problema para los inútiles por el trabajo, reeducando en ellos á los obreros accidentados ó inútiles, devolviéndolos igualmente á la sociedad nuevamente hábiles en el oficio en cuyo ejercicio sufrieron la lesión, ó en otro que sustituya al que por defecto irremediable no le era posible ejercer.

Es de mucha utilidad que es presente dos ejemplos, pues no es corriente al hablar de esto á gente que no está muy versada en tales asuntos creer, sobre todo después de la guerra, que se han vulgarizado estos trabajos, que sólo se trata de poner un brazo ó una pierna al que no la tiene para poder trabajar, por ejemplo: un accidente de los más sencillos, una fractura de antebrazo, pues en España, en cuanto se consolida el callo, se da de alta á un enfermo de esta clase sin mirar que ese obrero durante el tiempo que permaneció curándose, la rigidez de las articulaciones consecutiva á sus lesiones y á la inmovilidad del tratamiento le hizo perder la soltura de sus movimientos y con esto la habilidad que tenían sus manos para ejecutar las maniobras de su oficio en que era maestro, se le lanza á la lucha de la vida de nuevo como curado con una capacidad muy inferior á la que tenía antes del accidente; su trabajo, antes tan buscado como de hábil operario, es depreciado por el poco y mal rendimiento que da, y sólo una tiranía de una Casa del Pueblo podrá hacer valer aquella relativa inutilidad, por lo menos para que no muera de hambre legalmente con su alta de curado y á costa de que la industria se perjudique con su poco y malo rendimiento hasta que á fuerza de sufrir y de esfuerzos después de mucho tiempo, vuelva á adquirir la soltura y habilidad que tuvo antes del accidente. En cambio, en esas naciones donde existen esas instituciones, ese obrero, después de soldado su hueso, pasa á departamentos especiales de terapéutica física donde rápidamente se devuelve á sus articulaciones la función perfecta y después á talleres donde recupera en poco tiempo la habilidad que siempre tuvo, y cuando se le da de alta empieza á cobrar su jornal entero, como antes, porque es tan hábil como lo fué antes del accidente, sin necesidad de acudir á tiranías sembradoras de odios porque es lo que justamente rinde y vale su trabajo. El premio á esta laudable obra en los países que de antiguo la tenían implantada y estudiada ha sido que sus lesionados de la gran guerra se encontraron con el problema de la reeducación de sus lesionados y mutilados resuelto, empezando desde el primer momento á funcionar lo que en Alemania se llama *Kriegsinvalidenfürsorge*, mientras que en otras naciones que descuidaron esas enseñanzas tardaron uno ó dos años en empezar á funcionar esas útiles y humanitarias instituciones y nunca tan bien organizadas.

Por eso cuando yo veo que ahora se empiezan á dictar leyes para crear los Institutos para los mutilados inválidos del trabajo y veo que falta esa preparación que en todas partes existió, las organizaciones preexistentes donde se educaron esos países que hacen en serio estas cosas, me figuro que se trata de otra nueva ligereza de las muchas que aquí se cometen gastando dinero en cosas inútiles.

La propaganda que yo he venido haciendo para que, como en todas partes, se marche sobre seguro, es inútil cuando la hace un hombre que va de buena fe, que no encuentra ningún apoyo en padres ó suegros, amigos ó correligionarios que amparen con cierto egoísmo sus ideas. Véase una muestra. Un día, un ministro al cual yo había curado una hija de una grave enfermedad, talismán que algunos médicos han utilizado con éxito en beneficio propio para adquirir gangas, me ofrece una gorda, y, yo rechazando aquel gracioso ofrecimiento al cual deben su porvenir una gran

porción de españoles, pido dinero para los demás, es decir, para hacer algo en el sentido de esta propaganda creando personal para el día de mañana, y fué el dinero que llevé á la Facultad de Medicina con objeto de poner medio decente y medio útil el departamento de que estuve encargado y crear personal educado para el día que pudiéramos utilizarlo con este objeto. Inútil empeño; allá como en todas partes la desorganización y la falta de apoyo á pesar de mi altruismo sacrificando mis propios intereses colmaron la medida de mi paciencia, y pasado el límite de lo que todo hombre honrado y decente puede tolerar, renuncié á mi cargo después de haber dado enseñanza muchos años sobre estas materias, sin ninguna obligación de hacerlo, saliendo de allí como pocos, habiendo entregado al Estado el fruto de mi trabajo, de mi influencia ganada por aquél y hasta de mi dinero en beneficio de una idea.

(Continuará.)

A QUIEN INTERESE MI RÉPLICA

FUÉ ERROR Y FUÉ DIAGNÓSTICO

Ó

«EL SEÑOR MICROSCOPIO», RECTIFICA (1)

POR EL

DR. T. COBO MARTÍNEZ

Por haber dado á la «Historia de un gravísimo error diagnóstico» (SIGLO MÉDICO, 8 Octubre próximo pasado) forma anónima en cuanto hace relación á algunos de los personajes que en ella intervienen, tenía descontado que volvería á tratarse de la misma públicamente.

Menos aún suponía que por la *similitud* habida entre *este caso* y *otro* hubiera ocasión de extraer zumo periodístico y romper una lanza en loor del *compañerismo* y propalar á los cuatro vientos una lección de anatomía patológica que yo de mí sé decir que estimo. Sólo esto.

Consta á una celebridad de la Central de Medicina, por carta que tuve el honor de dirigirla ha pocos días, que había ocultado nombres por consejo de mi madre y que ya dejaba, por orden de la misma, de ocuparme de este asunto más. Pero al leer el trabajo del Dr. M. Carreras (SIGLO MÉDICO, 29 Octubre pasado) que intitula: «Sobre una historia de un error diagnóstico que no fué error ni diagnóstico», por deber de cortesía y para dar pleno honor á la verdad pura, forzoso es que yo, pidiendo antes mil perdones á los pacientes lectores que pasen sus ojos por estas cuartillas, coja la pluma.

Sufrió mi artículo, á que se refiere el Dr. Carreras, una mutilación—porque vendría largo al ajuste—que por modo indudable le hubiera sido necesario conocer al mismo. En mi propósito de no «zaherir» al compañero analista, conste; habla yo, de propósito, inspirado

(1) Como hace ya bastante tiempo que se publicaron los artículos anteriores sobre esta cuestión, debemos manifestar á nuestros lectores que la causa del retraso en la publicación de este de hoy ha sido el natural deseo nuestro de abandonar un asunto que puede resultar enojoso á primera vista. Sin embargo, la insistencia de su autor nos obliga á publicarlo, deseando que con él se dé por terminada esta cuestión.

en esa ética á la que no faltó, ni traicionó jamás, dejado de poner al boceto algunas tintas que por ser de tal tonalidad y brillantez suficiente á presentar desnuda la verdad misma, quise yo dejar en la paleta sin desliar con el mordiente de acerba crítica... Calladamente holgaba en mi silencio tal modo de sentir, porque, así, repito, fué mi leal propósito; más, por imperativos mandamientos de mi buena madre.

Pasando por alto que el Dr. Escribano, mi querido maestro, viera á mi madre - no digo esto en mi artículo anterior;—afirmando que el Dr. Olivares lo que dijo fué: «que creía que no era epiteloma; que el cuadro semeiótico que yo le bocetaba no hablaba muy alto en favor de tal oma, y que todo lo atribuía al roce dentario...; que sacaron el diente, *acto seguido*; que tuviera esperanza»—sin negar, claro, el posse.

Creyendo el Dr. García de la Serrana (D. Manuel), que pudiera ser un epiteloma, ¡como afirmar de modo absoluto *á priori*!, pero aconsejando que «se extrajera el diente ó dientes inmediatamente; que podía el roce ser la causa que el microscopio con su fallo lo diría», por lo que tomó en aquella visita un trozo de tejidos de la ulceración lingual.

Aportando el dato que el Dr. D. Luis Civil y Preciados al ver la ulceración tan referida, afirmó del modo más rotundo «que aquello no era nada, nada; que todo iría bien dentro de breves días sin hacer sino ligeros lavados, porque había visto mil casos semejantes».

Habiéndose extraído las piezas dentarias dos días después, en que se empezaba el análisis por el doctor P. M. de los trocitos tomados de aquella ulceración, y que debía emitir informe, por la urgencia del caso, *precisamente*, dentro del siguiente de practicar las extracciones dentarias, en cuyas veinticuatro horas, mi madre por un mecanismo de reconstitución, de resolución; por un modo maravilloso, inesperado, por lo rápido; providencial podíamos decir, sin ignorarlo ella, pero sin decir nada, hasta la mañana siguiente, estaba completamente curada; dentro del más perfecto fisiologismo, como pude comprobar más luego con gran asombro mío, como ya se dice en el artículo ó escrito anterior.

..... Transcurrió aquella última noche—no sé si larga ó corta,—pero cruel, caldeándome la duda y el temor la psiquis...; tonificándome otras veces con las atinadas apreciaciones de consuelo de mi estimado compañero Sr. de la Serrana; el respetabilísimo doctor Olivares y el simpático Dr. Civil y Preciados. Gracias á sus palabras, la duda era menos negra; el temor menos amedrentador...

Llegó aquella mañana; llegaron las últimas horas de aquél calvario que creí interminable y temblando, pero guiado de no sé qué oculta esperanza, porque sufría, sí, mucho; pero no el desgarró de lo irremediable era el que sufría y allá, acompañado de otra persona, me dirigí á la calle Encarnación, 6 y 8, á casa del doctor D. P. Mayoral, anatomopatólogo que practicaba el análisis de aquellos tejidos... á casa del Dr. P. Mayoral, que daría el fallo definitivo, cierto, de qué fuera lo que mi madre padecía.

Entramos. Respetuosamente nos recibió el doctor P. Mayoral. En el instante, saltándome el corazón, sintiendo frío, calor... helarse la sangre en las venas, vi en la fâcies del Dr. P. Mayoral una mueca de contrariedad... Nos invitó á tomar asiento. Así nos dijo, ya dialogando conmigo cuando supo que yo era el que anhelaba conocer el resultado:

«Desgraciadamente se confirman los temores; se trata de un epiteloma; vea usted el resultado—y se puso á escribir á máquina el dictamen que conocen los lectores.—Dada la edad de su madre de usted, esto es tremendo; yo creo que no debe operarse; no sobreviviría á la intervención, su edad, las alteraciones de ganglios, la región... exigen un vaciamiento completo: laringe... todo; además sería necesario, si usted se decide á que operen, utilizar antes unas vacunas—y me habló de ellas,—para prevenir algunos accidentes...» Ante mi silencio, ante mi tristura, ante mi estupefacción se fué hacia un cajón de un armario y sacó cierto número de tarjetas con microfotografías por el mismo Dr. P. Mayoral obtenidas, donde me demostró lo de los globos epidérmicos, etc., etc., ahondando en la idea de tumor.

Nada más tenía que oír. Pregunté sus honorarios y contestóme que nada. Nos despedimos. Le ofrecí mi inutilidad en este rincón de provincia, injerto del Riff, donde para mi desgracia vivo, y dándole mil gracias bajé la escalera.

La persona que me acompañaba me animaba y me decía—siendo profano,—«que esperáramos unos días antes de operar; que él creía que aquello no era tan grave; que quizá fuera del diente ó dientes».

Llegamos á casa, Princesa, 40, principal. Ocurrió lo que pueden recordar los lectores leyendo el escrito anterior (SIGLO MÉDICO, 8 Octubre próximo pasado).

¡Mi madre estaba curada!! Cuando vió mi cara, que el dolor no da alegría á menudo, me invitó á que viera su lengua. Estaba curada. ¡Completamente curada!! ¿Qué era aquello? ¿Cómo había ocurrido aquello? Y yo veía la lengua restaurada, limpia; no había nada, nada de ganglios; no había nada general; *no había enferma*; había alegría en los ojos de mi buena madre que aún tienen brillo juvenil; aquello era asombroso; yo no podía comprenderlo.

Así ocurrieron las cosas. No es antojo mío, como aduce el Dr. Carreras, afirmar de un gratuito modo. No es, como cree el Dr. Carreras, que yo hiera al compañero. No es, como cree el Dr. Carreras, que en una candidez supina, yo creo que el *Señor Microscopio* «sufra aberraciones». Porque el *Señor Microscopio* no hace sino estereotipar en sus lentes lo que entre el porta y el cubre se contiene. Yo digo el *Señor Microscopio*, porque desde que fué simple, hasta hoy, bien merece, no el título de «Señor», sino el de Excelencia, quizá.

Y si «los globos epidérmicos no caracterizan *patognomónicamente* el epiteloma y si se pueden, por determinismo irritativo, originar proliferaciones epiteliales, invadiendo profundamente el dermis sin que ello implique la existencia de una neoplasia epitelial y así

ocurrió que en el caso que el Dr. Carreras refiere de un sífiloma vulvar (que tuvo globos y células invasoras) y curó con tratamiento tópico y general antisifilítico; y si el Dr. D. P. Mayoral no ignoraba todo esto», ¿cómo entonces—esto sí que es grave—afirma que se trata de un epiteloma? Que dice el Dr. Carreras que el doctor P. Mayoral «no diagnosticó; no denominó; se limitó á dictaminar y dejaba la calificación á juicio del discreto lector.» ¡Qué candidez! ¡Qué ñoñez! ¡Qué argumento más inestable! ¡Qué objeción más pueril! ¿Con que no diagnostica, no denomina ni dictamina el quo dice lo que el Dr. P. Mayoral afirmó ante mí y mi acompañante? ¿Con que el Dr. Carreras quiere poner al doctor P. Mayoral la venda, después de ser yo el aporreado y después de llamarme «lector poco discreto»? El doctor Carreras, sí comete la más grave de las indiscreciones porque quiere romper una lanza contra mí y esa lanza da en la coraza de mi rectitud y seriedad que no pueden consentir que se me llame indiscreto al apreciar, como aprecié, por lo que ví y oí y un testigo, y porque ha intentado poner en evidencia, cosas que, si hubiera podido probar en mi contra, repudiaría hasta la más elemental delicadeza.

Además, es cándido que el Sr. Carreras sin conocer esta escena del despecho del Dr. P. Mayoral, haya actuado de Quijote, cuando sólo ha conseguido que se haga luz en las tinieblas y al sortilegio de su galana pluma surja... toda la historia, toda la verdad pura.

¿Que el Dr. P. Mayoral no entregaba las preparaciones? Muy bien; es decir... no sé. ¿Qué tenía que estar presente al examinarlas el Dr. Olivares? Muy bien; es decir... no sé. Porque ó es que temía el Dr. P. Mayoral algo—lo que fuera—ó el Dr. Olivares escamotea ó transforma las preparaciones por arte de embrujamiento haciendo que desaparecieran los dichos «globitos y células invasoras» de las preparaciones del Dr. P. Mayoral, para que se chinchara este doctor y donde había elementos anatómicos ó él creyó haberlos para diagnosticar un epiteloma, luego resultaba... «una gran calabaza»... ¡¡Esto es estupendo!!

El Dr. Olivares no era digno de fiársele una preparación, ¡qué horror! El Dr. Olivares había de pedir con veinticuatro horas de anticipo, una, para hacer la preparación casa del Dr. P. Mayoral ó en un laboratorio que á mí me indicó, cuando se negó á dármele en nombre del Dr. Olivares. Este Dr. Olivares es un mago; diagnostica sin ver al enfermo; y el Dr. Mayoral con el microscopio delante y su lengua que repite lo que él ha creído leer en él, yerra y pone á dos dedos de privar de la lengua, de la vida, á mi madre que no tiene tal epiteloma...

Sr. Dr. Carreras: no zahiero; mi ética es pura, noble, de caballero. Si usted por «demasiado discreto» no sabía que el Dr. Mayoral había dicho todo esto, reconozca el mal éxito de su intento. No quise dar nombres. Quizá muchos nada de esto conocerían; usted «que ignorantemente ha pecado ignorantemente se ha condenado».

Queda probado que digo verdad; que la dije antes; que no llevé propósito de zaherir por sistema, y aquél

título de «Historia de un gravísimo error diagnóstico», tuvo diagnóstico y fué error.

¡¡Lo fatal siempre vence!!

Observaciones sobre un caso de glomerulonefritis difusa ⁽¹⁾

POR EL

DR. ANTONIO M. VALLEJO DE SIMÓN

(Profesor Clínico de la Facultad de Medicina.)

No siempre es fácil ante un determinado caso de nefritis precisar cuál sea su causa, cuál el agente productor de la alteración renal; son muchos los factores que pueden intervenir. En los casos de nefritis crónicas, su etiología es más difícil de precisar por intervenir agentes que actúan durante largo tiempo pero con poca intensidad, pasando desapercibidos y únicamente, muchas veces, se piensa en ellos cuando ya han comenzado á presentarse síntomas de la enfermedad. En los casos subagudos, como es el que nos ocupa, ya no es tan difícil, aunque también tropezamos á veces con grandes dificultades. Es frecuente encontrar como causa un enfriamiento (frío húmedo sobre todo), y principalmente una infección crónica (Laffite): tuberculosis, procesos rinofaríngeos, supuraciones crónicas (bronquitis, angiocolitis), procesos crónicos intestinales, osteítis, sífilis y paludismo crónico. Intoxicaciones pocas veces intervienen; solamente el alcoholismo crónico parece encontrarse alguna vez como causa en estos procesos subagudos.

En nuestro caso no parece haber influido ningún enfriamiento: su oficio no la obligaba á sufrir frío húmedo, no nos dice en la historia que coincidiera el comienzo de su enfermedad con ningún enfriamiento, ni la época del año en que comenzó (Agosto ó primeros de Septiembre) es propia en Madrid para sufrir enfriamientos. No tiene antecedentes ni hábitos alcohólicos. No cuenta haber padecido ni padecer afección rinofaríngea, ni por exploración ni en la autopsia se nota lesión alguna en amígdalas y faringe. No parece ser sífilítica ni palúdica, ni cuenta haber padecido enfermedad alguna. En la autopsia, aparte la ligera lesión hepática que más parece efecto que causa, sólo en el pulmón encontramos alteraciones.

Desde luego, la lesión pulmonar de la base izquierda así como las lesiones bronquiales difusas son crónicas, y, como antes hemos dicho, por su aspecto y por la organización del tejido conjuntivo alrededor de los bronquios, bastante más antigua que los cuatro ó cinco meses á que se remonta su afección renal subaguda. La lesión pulmonar es supurativa como lo demuestra la auscultación por la abundancia de estertores secos y húmedos, por expectoración abundante y claramente purulenta. El aspecto de los esputos y sobre todo las elevaciones térmicas que durante su estancia en la clínica pudieron comprobarse algunos días, revelan que la infección bronquial, aunque insignificante, estaba en actividad y determinaba reacciones generales.

(1) Véase el número anterior.

De ordinario las bronquitis agudas ó crónicas, así como las bronquiectasias, no determinan síntomas generales, no dan complicaciones fuera de los aparatos respiratorio y circulatorio. Pero aunque así sea en la inmensa mayoría de los casos, no faltan otros en que se presentan signos de intoxicación ó de infección general ó localizada. Así B. Marfan observa que á veces en las bronquiectasias en fase avanzada hay una caquexia bastante análoga á la consunción tuberculosa y causada probablemente por una septicemia crónica. R. Staehelin describe en las bronquitis crónicas, trastornos del estado general que pueden tener intensidad variable, y al comentarlo, dice: «en algunos casos tenemos la impresión de que no hay circunstancia que explique la gravedad del estado general y que, por tanto, ésta debe atribuirse á una influencia tóxica procedente del órgano enfermo». Loeper y Gaisseau afirman que «con frecuencia en los bronquiectásicos de edad se puede presentar toxemia por reabsorción, ó infección septicémica con ó sin metástasis viscerales, y determinar degeneraciones amiloideas como otras supuraciones crónicas». Lehmann también ha señalado la existencia de degeneración amiloidea en las vísceras abdominales, lo cual, dice, nada tiene de extraño, pues cuando existen bronquiectasias se determina una supuración prolongada. La osteoartropatía hipertrofiante puémica de P. Marie no hay duda de que se debe á la reabsorción de toxinas en algunos casos de bronquitis crónica ó de ectasias bronquiales. Metástasis infecciosas han sido descritas en casos de bronquitis crónicas por Vothnagel (un caso de absceso medular), Barth (uno de meningoencefalitis), Gerhardt (reumatismos agudos ó subagudos), Thiroleix (endocarditis ulcerosa). Babé cita septicemias consecutivas á bronquiectasias, Hoffmann (absceso cerebral) y Schörstein vió por las autopsias hechas en el Londers y en el Brompton Hospital que en 19 casos de absceso cerebral había lesiones pulmonares que las más de las veces estaban constituidas por bronquiectasias.

- Nada tiene de extraño que den estas metástasis y estas reacciones generales, pues son procesos infecciosos aunque benignos, y los gérmenes (micrococcus catarrhalis, sarcinas, estafilococos y á veces estreptococos) pueden pasar á la sangre, pueden exaltar su virulencia; y aunque esto no suceda, siempre han de determinar una producción mayor ó menor de toxinas que aunque no reaccione el organismo por estar inmunizado á las mismas, no por esto dejan á la larga de perjudicarle. Los productos acumulados en las vías aéreas (leucocitos, moco, células de descamación, etc.), cuando no son eliminados al exterior, han de sufrir alteraciones, han de entrar en descomposición engendrando productos que al ser reabsorbidos unen su acción á la de las toxinas y determinan una verdadera autointoxicación. Clai se abunda en estas mismas ideas cuando afirma que la aparición de signos generales en las bronquitis crónicas con bronquiectasia es casi siempre causada por la retención ó al menos por la evacuación incompleta de los exudados; explicando este éxtasis por una obliteración progresiva de las vías aéreas ó por una

simple imperfección del acto expulsivo por debilidad ó fatiga del sujeto. Y añade que en algunos casos los fenómenos son de una agudeza extremada con fiebre, lengua seca, disnea, delirio y hasta muerte.

Manifestaciones renales consecutivas á bronquitis agudas, crónicas ó bronquiectásicas no conozco se citen muchos casos. Lenhartz dice se presentan en algunos casos alteraciones urinarias; á veces la orina es escasa y deposita un sedimento de uratos; otras contiene regular cantidad de albúmina y más raramente elementos formes (células renales y leucocitos). La presencia de albúmina en la orina hemos podido comprobarla en no pocos casos de bronquitis crónica antigua. Esta albuminuria y la aparición de células renales y leucocitos revelan desde luego una alteración renal, que podrá ser benigna si se quiere, pero alteración renal al fin.

En el caso que comentamos, la afección renal puede y se debe relacionar con su bronquitis crónica en el sentido de ser ésta la causa determinante. El proceso pulmonar reúne todas las condiciones que los autores anteriormente citados exponen como capaces de determinar manifestaciones generales ó alteraciones en órganos alejados del pulmón, ya que es un proceso crónico, bronquiectásico, supurativo, enferma de edad avanzada, á más que, como queda dicho, determinaba algo de fiebre, lo cual revela un proceso activo. Por otro lado, la ausencia clínica y anatomopatológicamente de otro proceso ú otra causa á que poder atribuirlo hace que nos fijemos más en este proceso pulmonar para considerarlo como causante de la lesión subaguda renal. En otros casos de lesión renal semejante, seguidos como éste de autopsia, pudimos comprobar la existencia de focos infecciosos (tuberculosis pulmonar, pancreatitis supuradas, piodermitis) y en uno la existencia de una neoplasia en el polo superior del riñón derecho con metástasis viscerales; de aquí que no admitamos, cuando menos en los casos capaces de determinar la muerte, la existencia de lesiones renales primitivas, sino que siempre son secundarias á otro proceso de ordinario infeccioso. En este caso sólo observamos infección en el pulmón, infección relativamente benigna, pero suficiente para poder determinar una alteración renal. La existencia, como queda expuesto, de una lesión renal crónica habría de determinar una mesopragia en esta víscera capaz de hacerla reaccionar con más intensidad á cualquier proceso tóxico ó infeccioso.

¿Cómo el proceso pulmonar determinó la alteración renal? El no haber observado á la enferma hasta el final de su enfermedad nos impide precisar con exactitud este punto, máxime cuanto que tampoco por el interrogatorio precisa nada, dándonos al contrario la impresión de que la enfermedad fué primitiva sin indicar nada á que poder atribuirlo. Pero no sería extraño hubiese precedido una agudización ó cuando menos una exacerbación de su proceso bronquial, á la que no dió importancia, como tampoco la daba á las frecuentes agudizaciones que sufría en sus últimos años.

La evolución de la enfermedad en el poco tiempo que pudimos observarla confirma también nuestro jui-

cio. A pesar de estar sometida á un régimen hipodermizado (1,5 gramos diarios de cloruro de sodio), hipotónico (régimen lácteo) é hipohídrico (1.000 c. c. de líquidos al día), desaparecieron muy poco los edemas, no surgió la albuminuria, la enferma persistió casi en el mismo estado. La causa toxiinfecciosa que alteraba el riñón estaba en el pulmón, era inútil pretender con el régimen corregirla, ni siquiera disuadirla. Haber tratado la afección pulmonar, hubiera sido irritar el riñón, pues los balsámicos ó expectorantes que hubiera sido preciso emplear hubieran empeorado la lesión renal. Vino una agravación de su bronquitis, aumentó considerablemente la expectoración, tuvo algo de fiebre y á los pocos días se agrava, se presentan síntomas digestivos (vómitos y náuseas), aumenta el edema, sobre todo el edema pulmonar y pocos días después fallece. La agravación final fué, por tanto, claramente precedida de una exacerbación de su bronquitis.

Del proceso renal crónico, que hemos visto existía en esta enferma á más del subagudo, no nos es tan fácil precisar la etiología. En la mayoría de estos casos, como dice muy bien Rosenstein, las causas nos son completamente desconocidas, cosa que no debe extrañarnos si tenemos en cuenta que durante largos años el mal va tomando incremento y desarrollándose de un modo extremadamente lento sin manifestarse por síntoma alguno. El tipo de esclerosis renal de nuestra enferma es el de una forma primitiva y preferentemente vascular. Sus causas habían de ser aquellas que tienen predilección por los vasos, las causas generales de la arterioesclerosis, pero con una localización preferentemente renal. Ni la intoxicación por el plomo, ni el alcoholismo, ni la sífilis, ni el artrismo (gota, diabetes, obesidad, litiasis, etc.), intervienen en este caso; sólo causas inciertas y vagas podemos hacer intervenir, privaciones y fatigas consecutivas á su indigencia y pobreza, defectos posibles y probables en la alimentación, la edad, aunque no muy avanzada, la menopausia. Tal vez también su bronquitis crónica jugara un papel en su etiología, aunque no sea posible afirmarlo, pues para ello sería preciso asegurar que sus lesiones bronquiales son anteriores á sus lesiones renales, cosa que el estudio anatomopatológico no nos puede aclarar, y además sabemos que muchas bronquitis crónicas están sostenidas por alteraciones renales, cuando no son su exclusiva y única causa. Debemos, por tanto, afirmar que la esclerosis renal existente en nuestra enferma es primitiva y sin causa alguna especial á que poder atribuirlo.

Entre los síntomas que presenta este caso, tres llaman principalmente nuestra atención: los edemas, la hipertensión y la falta de uremia.

El edema no ofrece clínicamente particularidad alguna que llame la atención; reúne todos los caracteres de los edemas renales. Pero los datos de la historia, los análisis practicados y el estudio anatomopatológico ofrecen algunas consideraciones sobre su patogenia.

Entre las muchas teorías expuestas para explicar la patogenia del edema, una de las que más en boga han estado y aún está es la de la retención clorurada de

Vidal, seduciendo por su sencillez y, sobre todo, por las consecuencias terapéuticas deducidas de la misma. Pero en este caso no puede imputarse como causa.

El régimen á que ha estado sometida nuestra enferma desde su ingreso en el hospital ha sido muy pobre en cloruros, de 1,5 á 2 gramos de cloruro de sodio en las veinticuatro horas (cantidad contenida aproximadamente en la leche que tomaba), y á pesar de ello, aunque al principio disminuyeron los edemas, luego permanecieron estacionados, aumentando al final sin haber variado el régimen alimenticio. Antes de su ingreso había estado sometida también á un régimen con muy pocos cloruros (lácteo exclusivo), y sus edemas, sin embargo, fueron formándose; algo debe, por tanto, intervenir á más ó en vez de la supuesta retención de cloruros.

La eliminación de cloruros era mayor que la ingestión si se tiene en cuenta la eliminación por la orina, á la que debe añadirse la que pueda verificarse por las heces, lo cual no va á favor de la retención, cuando menos en el momento en que observamos á la enferma.

Más valor tienen los datos obtenidos por el análisis de los distintos humores. En el suero sanguíneo la cantidad de cloruros es quizás algo elevada si se tiene en cuenta que estaba sometida á un régimen con poquísimos cloruros. Las cifras que Ambard señala como normales oscilan entre 5,5 y 6,5 gramos por 1.000; así es que nuestra enferma en el momento de la observación sobrepasaba ligeramente la cifra máxima señalada por este autor. En la sangre total la cantidad de cloruros aparece completamente normal (4 gramos por 1.000), quizás debido á una sobrecarga hídrica de los hematíes que les empobrecería relativamente en cloruros. La cloruremia es, pues, nula ó muy escasa, mucho más si se tiene en cuenta la enorme retención de cloruros que sería necesaria para determinar tan intensos edemas. Podría objetarse que la sangre se defiende contra el exceso de cloruros, eliminando el sobrante por el riñón, y cuando esto no es posible, depositándolo en el tejido intersticial, explicando así el por qué no se encuentra aumento de esta substancia en la sangre. Analizando la cantidad de cloruros del líquido edema, vemos que es tan sólo de 3,3 gramos por 1.000 en el extraído en vida, y de 3,5 gramos por 1.000 en el extraído *postmortem*; en el exudado peritoneal es de 3,45 gramos por 1.000, cantidades todas bastante concordantes, que demuestran que en el líquido edema la concentración de cloruros es menor que en la sangre total, y mucho menor que en el suero sanguíneo; por lo tanto, la retención es más hídrica que clorurada. De no ser que el cloruro de sodio en el tejido intersticial presente una hidrofilia tan acentuada que llegue á atraer el agua en cantidad indefinida, llegando á disolverse de manera tal que forme una solución excesivamente hipotónica; esta teoría no puede admitirse. Y una hidrofilia tan acusada tampoco es admisible.

Otras teorías se han expuesto á más de la de Vidal para comprender la patogenia del edema. Así Bright consideraba como causa la hipoalbuminemia y la hi-

dremia consecutiva; Varthel, la retención hídrica; Achard, la retención de productos de desecho ó tóxicos; Ficher, la retención coloidea. Pero ninguna ha sido tan unánimemente admitida como la de Vidal, al menos entre la escuela francesa.

El estudio de la viscosidad del líquido edema casi idéntico á la del agua destilada y con mucho menor que la del suero, así como la poca cantidad de albúmina que contiene, parece indicar también que la retención es más bien hídrica, dando por tanto la razón á la teoría de Varthel. Pero aunque así sea, ¿cuál es la causa de esta retención del agua? ¿Qué factores intervienen?

Es indudable que siempre el edema se debe á un trastorno en el metabolismo del agua y en el cual intervienen cuatro factores: cantidad de líquidos ingerida, estado de las paredes vasculares, tensión arterial y condiciones del filtro renal.

En este caso había desde luego un exceso en la cantidad total de líquidos ingeridos cuando se produjeron los edemas. Exceso relativo, puesto que ingería mucho más de lo que eliminaba (dos litros de leche para 400 centímetros cúbicos de orina el día de su ingreso) y absoluto podemos decir que también, pues nos da claramente el dato de un aumento de la sensación de sed seguida de su satisfacción ingiriendo mayor cantidad de líquido que la que tenía por costumbre, tanto, que según nos dice, hubo de tomar ciertas precauciones para no beber tanto.

(Continuará.)

Bibliografía.

ZUR THERAPIE DES KARZINOMS MIT ROENTGENSTRAHLEN (Sobre el tratamiento del carcinoma con los rayos Roentgen), por el profesor Dr. Federico Dessauer. Un folleto de 70 páginas, editado por Theodor Steinkopf, Dresden y Leipzig.

Este folleto contiene las lecciones que el citado profesor dió en la Universidad de Madrid, el año 1921. Estas lecciones entrañan una novedad: no es un médico quien las da, sino un físico, el director del Instituto para la investigación de los fundamentos físicos de la Medicina, de la Universidad de Francfort sobre el Main.

La consecuencia de esta diferencia es que se atiene el autor á exponer cómo hay que considerar el problema de la roentgenterapia del cuerpo humano desde el punto de vista físico. Al médico incumbe desde luego establecer las indicaciones y determinar el territorio que ha de ser irradiado pero luego tiene que acudir á la Física y á los físicos para que le proporcionen medios con que llevar á cabo la irradiación que se propone. Y este problema es de una importancia capital y entraña dificultades grandes. Se trata nada menos que de hacer actuar en una profundidad determinada las radiaciones procedentes del anticátodo de la ampolla sin que lesionen la superficie del cuerpo; es preciso que la naturaleza de estas radiaciones sea tal, que no se absorban sino en una proporción insignificante al atravesar los tejidos que separan el foco morbozo de la superficie, y á esto hay que añadir que el poder de absorción es diferente para cada tejido y que son muy diversos los que las irradiaciones han de tener que atravesar, según el sitio en que se encuentre la lesión.

Una vez resueltos estos problemas, quedan otros que impone la práctica. El enfermo ha de sufrir varias sesiones de

irradiación; sus efectos no se sumarán bien si todas las sesiones no se hacen exactamente en las mismas condiciones y esto requiere una atención extraordinaria para conseguirlo, dada la movilidad en todos sentidos de los soportes en uso. Todos estos problemas los trata el autor, proporcionando al radiólogo en su libro indicaciones de gran valor.

Los temas de las lecciones que explicó y que ahora ha publicado son los siguientes: Lección 1.^a: El problema de la lucha contra el carcinoma por los medios físicos y la posibilidad de su solución. En esta lección estudia las propiedades de las ondas de los rayos X y la influencia que sufren por los cuerpos que atraviesan, así como las condiciones necesarias para que la irradiación sea homogénea en todo el espesor del organismo y aun más intensa en una profundidad dada que en la superficie. Lección 2.^a: Los fundamentos electrotécnicos de la radioterapia profunda. Esta lección estudia las condiciones que han de tener los rayos empleados: dureza, homogeneidad de la irradiación, para que se hagan bien patentes las diferencias entre los efectos que ejercen sobre las células sanas y los que ejercen sobre las enfermas. Se ayuda en su disertación de explicaciones físicas bien detenidas, pero al alcance de cualquier médico. Lección 3.^a: Leyes del paso y distribución de los rayos X á través de la materia. Está ilustrada con numerosas gráficas obtenidas estudiando el paso de los rayos á través del agua, pues está demostrado que el organismo se comporta de una manera muy parecida á como lo hace este líquido. Por último, la lección 4.^a trata de las Instrucciones para la ejecución práctica de la parte física de la radioterapia profunda. Como su nombre indica, en esta lección explica la técnica que se debe seguir y los aparatos más apropiados para cada uno de los fines que puede proponerse el que ejecuta la radioterapia profunda.

Tras de estas cuatro lecciones viene un apéndice bibliográfico detallado en el que indica el contenido de muchos trabajos anteriores suyos y las conclusiones á que llega en los mismos.

En resumen, el libro del profesor Dessauer no está hecho para el médico práctico, pero será de un valor incalculable para el radiólogo, por cuanto en pocas páginas contiene lo más importante de la parte física de la radioterapia en la cual tiene que perfeccionarse si no quiere ver fracasar su tratamiento.

Periódicos médicos.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Un caso de peritonitis supurada por perforación del apéndice.**—El Dr. Angel López Rondón comunica la siguiente historia clínica:

M. L. S., de diez y ocho años de edad, de nacionalidad venezolana, entró al Hospital Vargas al servicio de Medicina, sala 13, el día 12 de Febrero del presente año.

Breve interrogatorio sobre su estado actual.—El motivo que la obliga á venir al Hospital, ha sido un dolor intensísimo, que la enferma localiza en la región de la fosa ilíaca derecha, con irradiación á casi toda la región de la zona umbilical, acompañado de vómitos poco intensos, de hipertermia y de un estado de postración general.

La enferma explica como causa directa de su enfermedad, el haber estado bailando casi toda la noche del martes de carnaval, el usar unos zapatos con tacones demasiado altos y llevar un corsé por demás ajustado; agrégase á todo esto, el haber abusado de una bebida estimulante.

Sobre sus antecedentes familiares.—Los datos que me suministra son de poca importancia.

Sobre sus antecedentes personales.—Siempre ha sido muy sana y tan sólo cuenta que hará unos seis meses fué atacada del mismísimo dolor en la fosa ilíaca derecha, pero no tan intenso como el de la actualidad, también con vómitos y que la obligaba á mantenerse en la clásica posición de «gallito de fusil».

Examen clínico general.—*Preámbulo.*—Al día siguiente, muy por la mañana y doblemente autorizado: lo uno, por recibir la guardia de ese día, y lo otro, por mi costumbre de pasar revista á los dos enfermos de las camas 15 y 17, de la respectiva sala 13 y cuyas observaciones clínicas me pertenecen, me encontré con la referida enferma, quien á la sazón estaba muy angustiada y quejosa. Observando su facies, sospeché se trataba de algo muy grave, y así, examiné á mi enferma muy á la ligera, pues no brindaba campo propicio, por su estado general, para hacerle un examen clínico completo.

Verdadero examen clínico.—*Inspección general.*—Lo primero que llamó mi atención, fué el aspecto tan joven de la enferma; sus pómulos, muy enrojecidos, como si hubieran sido teñidos artificialmente; los ojos muy excavados y la nariz bastante perfilada.

Examen abdominal.—*Examen de la parte enferma.*—*Inspección.*—Nótase un ligero abombamiento del vientre.

Palpación bimanual.—Fuéme casi imposible practicarla, dada la gran intensidad del dolor, pero sí pude apreciar una hiperestesia cutánea muy marcada y á la que el profesor Dieulafoy ha dado un gran valor de diagnóstico, hasta constituirlo en un verdadero signo, llamándose signo de Dieulafoy, y una gran contracción de defensa muscular, que impedían todo contacto con la región abdominal. Todos estos signos se localizaban con mayor intensidad, en la zona apendicular.

Percusión.—También me fué imposible practicarla, por las razones ya expuestas. Aquí también pude apreciar por un engaño que hice á la enferma, la localización y mayor intensidad del dolor y de las demás manifestaciones en el punto de Mac-Burney, que como sabemos, corresponde al punto medio de una línea trazada desde la espina ilíaca antero-superior derecha hasta el ombligo. Debo advertir, que propiamente no corresponde á un punto, en la verdadera acepción de la palabra punto, sino que tiene una circunferencia de ocho á diez centímetros: comprende, pues, una zona.

Examen de los aparatos orgánicos.—*Aparato digestivo.*—Está muy estreñida y tiene vómitos.

Aparato respiratorio.—Obsérvase una ligera disnea, de poca intensidad, sin cornaje ni tiraje. Tomada la temperatura de la boca dió 40°.

Aparato circulatorio.—El pulso es filiforme, casi imperceptible, batía de 120 á 140 veces por minuto.

Aparato urinario.—Las orinas bastante escasas y muy encendidas. El estado de gravedad suma, no permitió hacerle un examen de ellas.

Muy pocas veces se encontrarán tan continuados y típicos los signos característicos de un síndrome, como en el caso presente. Así, pues, terminado el examen de mi enferma, me reservé el diagnóstico y esperé el fallo del profesor de Clínica Médica, quien á la sazón debía examinarla esa misma mañana, como profesor de la Asignatura y como jefe absoluto de las salas del servicio de Medicina, y así lo hizo; después de un breve examen, manifestó se trataba de una peritonitis de origen apendicular; acto continuo procedí en compañía de otros compañeros de estudio, á buscar al pro-

fesor de Clínica Quirúrgica, quien siempre entusiasta por los problemas del bisturí, no vaciló en venir al momento, examinar la enferma y pronunciar el mismísimo diagnóstico que minutos antes terminara de hacer el profesor de Clínica Médica, agregando sólo «que probablemente se trataba de una perforación apendicular» y así dijo: peritonitis por perforación apendicular, é inmediatamente pidió la operación de urgencia, la que se procedió á hacer *in extremis* y sin responsabilidad de vida, según sus propias palabras, después de hacernos en el auditorio del Instituto algunas consideraciones muy favorables al caso.

Diagnóstico.—Peritonitis por perforación apendicular.

Acto operatorio.—Se empezó á las once y treinta minutos de la mañana, después de previa anestesia, etc., la que fué de muy corta duración; se hizo una incisión, como para la apendicectomía, la que muy en breve hubo que prolongarse, al ver escaparse, al abrir el hojal peritoneal, una gran cantidad de pus, no fétido; se hizo lo más posible por sacar la mayor cantidad de este pus que invadía todo el campo operatorio, y una vez semiseco, se procedió hacer la apendicectomía, y gran sorpresa, este órgano examinado detenidamente por el que esta historia firma, presentaba tres orificios del tamaño de las tres hincadas de un alfiler, uno en la base de implantación y dos hacia su parte media. Sentí se hubiera extraviado, en corto tiempo, pues á primera vista, como el caso nada presentaba de seguridad, lo examinamos muy á la ligera y nos ocupamos de la enferma. Otra cosa me hizo descuidar la pieza, la historia clínica de la enferma no me pertenecía.

Estos tres orificios, quizás sean favorablemente testigos fieles de minúsculas perforaciones.

Suturas.—Como el estado de la enferma era de suma gravedad y temíase expirase en la mesa operatoria, le fueron practicadas, sin comentarios de ninguna especie.

Terminada la operación, que duró unos treinta minutos, la enferma fué enviada á la sala «Acosta Ortiz», de la que soy Monitor y en donde le practiqué el completo de la cura. La enferma fué recibida bajo el rótulo de autopsiarla, tan pronto como terminara de rendir á la vida su último tributo. Otra vez vuelvo de nuevo á vigilar á la enferma desde el doble punto de vista: como interno de guardia y como enferma de la sala.

Pero, como siempre he sido partícipe de los hechos excepcionales y más cuando su imposición categórica los obliga á presentarse como verdades absolutas é irrevocables, como en el caso presente, que sin más premisas que las del rótulo de autopsia se imponía como sentencia fatal, consagré todo mi tiempo á la joven enferma y dirigí todas las teclas de mi limitado circuito intelectual al caso que tenía á mi vista y á mi cargo; caso, que de tiempo en tiempo y de hora en hora me variaba por completo, por injerto de una nueva complicación. Pero siempre llevando por fórmula, que la eliminación de los productos bacterianos, es decir, la desembarazación de ese organismo de su hiperintoxicación sería cosa de una antisepsia interna y externa sumamente rigurosa, y que esto hecho, todo estaría conseguido, y así, teniendo por base las antisepsia y por éxito la constancia, me dí á la ardua tarea de trabajar en favor de la enferma, quien no daba esperanzas de nueva vida y así empecé:

Día 12 (día de la operación).—A las siete de la mañana le inyecté 200 c. c. de suero fisiológico cafeinado por estar muy decaída y el pulso muy débil.

Día 13.—Descubro la herida por estar muy húmeda la cura, aparentemente nada de particular, sino simples partículas de sangre coagulada—aplico yodo y curo—. Inyecto 10 c. c. de aceite alcanforado.

Días 14 y 15.—Como por encanto, todos los puntos estaban infectados; quíto los, y los labios de la herida, al encontrarse libres, se abren y dejan escapar gran cantidad de pus; quito los drenes, saco la mayor cantidad de pus, esterilizo los drenes y los vuelvo á poner, aplico agua oxigenada para quitar un mal olor y termino la cura. Ese día le inyecto en dos partidas, mañana y tarde, un gramo de urotropina por la vía endovenosa.

Días 16, 17 y 18.—Quito drenes, los hago estériles y los vuelvo á colocar; aplico 0,50 de urotropina; inyecto 5 c. c. de aceite alcanforado cafeinado y ordeno un purgante de sal de Vaciamadrid.

Días 19 y 20.—Del fondo de saco de Douglas, al quitar la cura, borbotaba gran cantidad de pus, lo que me obliga á drenarlo, fuera de otro dren que introduzco hacia la parte externa de la pared costal derecha, por también salir de aquí otro chorro de pus. En esta situación llamo al Dr. Razetti y en su presencia hago presión hacia la parte media de la herida y vemos salir de las partes profundas otro chorro de pus. Me limito á secarlo con pequeños tapones de algodón y no le confieso nada de lo que estaba aplicando. Él nada me dijo, sino que al día siguiente le haría un tacto vaginal. Yo no le daba gran importancia al pus, pues iba observando que aumentaba día por día según la cantidad de urotropina que aplicara, de modo que ese pus era para mí de un magnífico pronóstico. En este día inyecté un gramo de urotropina, y pude observar que la temperatura se elevaba, llegó á 40° y el pulso batió 140 veces por minuto. Esta relación del pulso con la temperatura significaba para mí, una relación admirable y todo marchaba perfectamente bien; pudiendo afirmar, que estaba en presencia de un organismo que se defendía magistralmente, una cosa análoga á lo que pasa al pneumónico en presencia del absceso de fijación.

Días 21, 22, 23 y 24.—Descubro como siempre la herida y observo que el pus va disminuyendo—aplico el líquido de Carrell-Dakin, debo advertir que no lo había aplicado más pronto por estar en ese entonces demasiado escaso, conformándome con aplicar una solución de permanganato de potasio al 1 por 2.000, alternando con agua oxigenada. El día 24, á las cinco de la mañana, la enferma presenta un tinte icterico bastante pronunciado y que iba aumentando progresivamente; le hice tomar calomelanos á dosis refracta (0,05 á 0,10) y ví su desaparición dentro de seis días. Ordeno además en la noche una papeleta doble, pues también quería aprovechar la acción purgante del calomelano.

Días 25, 26, 27 y 28.—El pus ha disminuido notablemente; la herida presenta buen aspecto; suspendo los drenes; inyecto solamente 0,50 de urotropina; inyecto también 5 c. c. de aceite alcanforado cafeinado; la enferma tiene apetito; ordénole se siente en la cama.

Días 1.º y 2 de Marzo.—La enferma me hace llamar de urgencia, vengo y la encuentro muy dolorida, pero no de la herida, sino del lado de sus anexos; hago la cura, la herida va cicatrizando muy bien; pongo 0,50 de urotropina y prepárome para hacerle un tacto vaginal, encuentro los fondos de saco laterales completamente llenos y ordeno la permanencia de una bolsa de agua caliente y un lavado vaginal también caliente, que mantuviera una posición horizontal y que no se levantara. Llamo al Dr. Razetti sin explicarle nada de lo que había hecho y explícole tan solo la causa de mi llamada; el doctor practica el tacto vaginal y confirma mi creencia: un proceso anexial en evolución. El cuadro se agrava y otra vez vuelve la enferma á desesperanzarme; suspendo la urotropina y concréto por ese día á darle unas píldoras de beleño, belladona y extracto tebaico, para

calmar el dolor. Hago la cura, la herida bastante bien, sólo está un poco congestionada, la enferma un poco deprimida, doile dos cucharadas de jarabe de esparteína y además inyecto 200 c. c. de suero artificial.

Días 5, 6 y 7.—La enferma se levanta sin mi permiso y se engulle dos conservas de coco y dos gofios; en la levantara se descorre la gasa y la herida roza directamente con su ropaje interior; en la tarde descubro la herida y la encuentro de nuevo infectada, vuelvo á aplicar urotropina, y en el interior de la parte enferma introduzco por medio de una perita unos 10 c. c. del líquido de Carrell-Dakin y además pongo cura húmeda con el mismo líquido. Ordeno también á la enferma tomar todas las noches antes de acostarse una papeleta de fosfato de sodio de á 4 gramos, como laxante suave y como colágeno.

Días 8, 9, 10, 11 y 12.—La herida aunque infectada no tiene mal aspecto, presenta ciertos puntos bastante secos; está en vías de rápida cicatrización; inyecto 0,50 de urotropina y 5 c. c. de aceite alcanforado.

Días 13 hasta el 30 de Marzo.—La herida en vías de rápida cicatrización; elimino la mecha y ordeno á la enferma que se levante y haga esfuerzos por caminar, pero todo muy poco á poco. Como está un poco estreñida, pues no es suficiente la cantidad de 4 gramos de fosfato de sodio, ordeno 15 gramos de sal de Seignet, la laxa y se siente bien.

Días 1, 2, 3, etc., hasta el 11.—En estos días no la curo por no creerlo de necesidad; la enferma se siente divinamente bien y quiere salirse del Hospital, permiso ó libertad que se toma el día 15 de Abril en que abandona el Hospital y sintiéndose perfectamente bien.

El día 30 de Abril, estando de guardia, esta misma dama me hace una visita de gratitud y tuve la gran satisfacción de encontrarme frente á una joven fresca y lozana y como si jamás sobre sus carnes se hubiera posado el filo cortante de algún bisturí.

Esta simple observación clínica nos ha demostrado una vez más los triunfos de la Cirugía y como admirador ferviente de esta soberbia rama de la Medicina, ante ella muy reverentemente me descubro. No dejo de felicitar á los profesores de Clínica Médica y Quirúrgica, quienes estuvieron acertados desde su principio: se diagnosticó magistralmente; se operó con justa precisión y conciencia; jamás vacilaron ante el diagnóstico; pero cometieron una falta, dudaron del éxito; digo que jamás vacilaron en su diagnóstico, porque no faltan opiniones extrañas que creyeran se trataba de una fiebre tifoidea ó de un acceso hepático supurado.

Conclusiones.—Esta simple observación, que no lleva pretensiones de ninguna especie; que no se jacta de completa experiencia clínica, sino que más bien está por demás defectuosa, envuelve dos fines: 1.º, el éxito alcanzado por la urotropina en varios estados infecciosos como este, pues no ha sido este el único caso en que he tenido ocasión de probarlo, sino en uno de fiebre biliosética en la misma sala «Acosta Ortiz», diagnosticado y curado por mí; en un caso de fiebre tifoidea, en donde fracasó el electrargol y que precisamente por esta razón no lo apliqué en este caso, y en otro de infección puerperal venido de la calle y no recibido en la sala de partos. Todo esto, pues, me induce á asegurarle un puesto de primera importancia á la urotropina en los estados infectivos; y 2.º, lo que puede á la cabecera de un enfermo la vigilancia constante.

Y ojalá esta breve exposición que con pretenciosas ideas de ser una historia clínica mas ó menos completa, consigno en estas páginas, pueda servir en algo, en pro de nuestra Medicina Nacional, para bien de la Patria y alivio de sus hijos. (*Gaceta Médica de Caracas*, 31 de Octubre de 1921.)

PEDIATRIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Dolores y enfermedades del crecimiento, por H. Mayet.— Entre el público y entre buen número de médicos y cirujanos existe la opinión de que el crecimiento, aparte de todo fenómeno patológico, sólo por el hecho de que tenga lugar con una actividad excesiva, puede dar lugar, sea á fenómenos dolorosos, sea á un estado febril idiopático. Por otra parte, existen afecciones, casi todas de orden quirúrgico, cuyo asiento anatómico es precisamente la zona fértil del segmento osteocartilaginoso de los huesos largos y que casi siempre se acompañan del síntoma dolor, por lo que deben llamarse propiamente afecciones dolorosas de la zona ósea del crecimiento. El autor trata de ver si es posible intentar elucidar el origen del síntoma «dolor de los huesos largos» en los jóvenes que se encuentran en período de crecimiento óseo y de ver, por lo tanto, si existe un lazo de unión entre las afecciones antes indicadas y lo que se denomina habitualmente «dolores de crecimiento». Todos los autores clásicos hablan de los dolores de crecimiento y de la fiebre de crecimiento. Estos dolores tienen caracteres bastante precisos; no son dolores articulares, puesto que no asientan ni á nivel de las superficies articulares, ni en la interlínea, ni en ningún punto de la sinovial. No se despiertan por los movimientos provocados, ni se acompañan de reacción articular (hidrartrosis, espesamiento sinovial), todo lo cual los distingue de cualquier artritis, por benigna que sea. Pero realmente, todos ellos son caracteres negativos y la descripción positiva de estos dolores falta en general de precisión debido tal vez á la poca edad de los enfermos; todo se limita á la afirmación de que se trata de dolores en los miembros, sobre todo en los inferiores, correspondiendo lo más frecuentemente á un brote de crecimiento, con ó sin fiebre. Este estado febril que acompaña, unido á un malestar general, es otro carácter de la inconsistencia de la descripción clásica. Por otra parte, la clínica nos enseña que en el curso de un estado febril más ó menos prolongado, con síntomas netamente caracterizados (fiebre tifoidea ó paratifoidea, enfermedades eruptivas, anginas variadas, infecciones neumocócicas), se manifiestan dolores periarticulares, y cuando el enfermo se levanta, se aprecia frecuentemente un aumento apreciable de la talla. Pueden sentarse dos cuestiones: 1.ª, existe dolor y reacción febril; 2.ª, existe dolor sin reacción febril. En cada uno de estos casos hay que investigar qué papel preciso juega el crecimiento. Cuando existe dolor y reacción febril, no hay que atribuirlo al crecimiento, como causa etiológica. Sólo por el hecho de la permanencia prolongada en el lecho, aumenta la talla, sobre todo en los individuos jóvenes; al levantarse el enfermo, por la bipedestación la estatura disminuye, á causa del aplastamiento de los discos intervertebrales.

Muchos estados febriles diagnosticados de fiebre de crecimiento, no son en realidad más que manifestación de otras enfermedades que no se diagnostican por falta de un examen minucioso y detenido de todos los aparatos del enfermo. Por lo demás, en ausencia de otros síntomas, los fenómenos dolorosos que aparecen en los miembros, deben siempre, para ser atribuidos al crecimiento, ser localizados de una manera muy clara, en la región yuxta-epifisaria; este dolor debe despertarse y acentuarse notablemente por la presión á su nivel, y tal signo falta en muchos casos catalogados como fiebre de crecimiento. Cuando existen dolores sin reacción febril, es cuando el diagnóstico debe establecerse con un cuidado particular, practicando escrupulosamente la exploración digital de la región para localizar bien el sitio del dolor; así se eliminará un gran número de

enfermedades que nada tienen que ver con el crecimiento, como el reumatismo infantil de forma apirética, las miopatías múltiples, los reumatismos artrálgicos, y, sobre todo, el comienzo de las artritis crónicas y especialmente de la osteoartritis tuberculosa, que puede prestarse á una confusión muy lamentable. En presencia de dolores repetidos, llamados de crecimiento, se debe, ante todo, explorar la articulación vecina con gran cuidado para cuanto antes eliminar ó establecer el diagnóstico de tuberculosis articular, para no aconsejar un tratamiento que tendría funestas consecuencias. También debe pensarse en la posible existencia de manifestaciones sifilíticas hereditarias articulares. Según Lannelongue, el crecimiento por sí mismo como trabajo natural y fisiológico, no tiene ninguna razón de acompañarse de dolores, cuando se verifica normalmente; por lo tanto los términos de fiebre y dolores de crecimiento son inexactos y convendría sustituirlos por el de dolores ó fiebre en un crecimiento patológico, y esto constituye el nudo de la cuestión. El dolor, la fiebre y todo el cortejo de síntomas generales, no aparecen más que cuando fenómenos patológicos vienen á sumarse al trabajo de crecimiento del hueso; el crecimiento por sí solo, aunque sea rápido, es insuficiente para constituir un síndrome doloroso ó febril. Se impone, pues, la conclusión de que hace falta un *hecho patológico sobreañadido* para transformar esta evolución en un estado anormal, y lo que debe llamar la atención y preocupar al práctico, no es el crecimiento óseo, sino lo que le vicia, la enfermedad que se injerta sobre el fenómeno fisiológico normal, más ó menos activo; este fenómeno normal está precisamente localizado anatómicamente é histológicamente en el cartílago dia-epifisario ó yuxta-epifisario, y allí es donde debe localizarse también el fenómeno patológico. Se conoce actualmente toda una serie de enfermedades de este órgano particular, ó cartílago de crecimiento.

El raquitismo congénito, raquitismo de la infancia, de los adolescentes, acondroplasia, discondroplasia y, finalmente, lesiones francamente infecciosas, ciertas formas de sífilis hereditaria, todas las variedades de osteomielitis, la tuberculosis osteoarticular, forman en conjunto el gran grupo de las osteocondritis, que si no está todavía por crear, sí lo está por sintetizar. Así considerado, el capítulo de los dolores y fiebres de crecimiento se aclara bastante; se trata de *ostecondritis*. En unas (que presentan como único síntoma el dolor), la causa es tal vez, no obstante, un proceso infeccioso muy benigno, aproximándose en eso á sus hermanas las apofisitis de crecimiento, que muy á menudo quedan apiréticas. Además, la osteocondritis es muy vecina de ciertas formas de raquitismo, afección que tiene á veces ciertos caracteres infecciosos, y da también lugar á dolores, aun cuando las deformaciones no hayan alcanzado una gran intensidad. Cuando al dolor se añade la reacción del estado general (fiebre de crecimiento), se trata ya de un grado más preciso y más claro todavía de osteocondritis. Por último, no tiene nada de asombroso que los estados infecciosos localicen á menudo su acción en esta zona tan sensible á la infección y que en el curso de las grandes pirexias aparezcan dolores de osteocondritis al mismo tiempo que una reacción de hiperactividad productora. Porque es un hecho constante en las lesiones inflamatorias de la zona á que nos referimos (cartílago de crecimiento): su inflamación activa el proceso de osificación. (*Journal des Praticiens*, núm. 53, 51 de Diciembre de 1921)—LUENGO.

TERAPEUTICA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. La sueroterapia y la vacunoterapia en algunos casos de neumonía y de pleuresia por neumococos, por

M. Debray.—El autor ha tratado varios casos de afecciones pleuro-pulmonares producidas por neumococos, por medio de la suero y de la vacunoterapia. La sueroterapia fué practicada á dosis elevadas en las neumonías, las congestiones pulmonares y las pleuresías agudas. En los casos de neumonía, ha observado una sedación rápida de los síntomas funcionales; dolor costal, disnea. La influencia sobre la curva térmica ha sido con frecuencia manifiesta y parece que la duración de la enfermedad ha sido acortada unos dos ó tres días, comparando las observaciones con el tiempo de evolución asignado clásicamente á la neumonía. La explicación de esta defervescencia prematura y de esta crisis precoz, es fácil. Aparte de todo tratamiento específico seroterápico, la evolución de una neumonía es uno de los fenómenos más fijos de la patología. El individuo afecto de neumonía está vacunado para el neumococo al cabo de ocho días. En los enfermos tratados, el suero antineumocócico ha venido á ayudar al organismo y éste, á favor de esta ayuda, ha podido realizar más rápidamente su estado de vacunación. En un caso de pleuresía metaneumocócica, el autor ha inyectado subcutáneamente 60 c. c. de suero y además 40 c. c. del mismo en la pleura enferma, logrando la curación. Otro enfermo presentó en el octavo día de una neumonía en defervescencia una pleuresía purulenta que provocó una fuerte elevación térmica; tratado por inyecciones de suero subcutáneas é intrapleurales, se atenuaron los accidentes agudos en pocos días; sin embargo, el derrame lejos de disminuir aumentó, debiéndose evacuar diariamente por la punción 300 á 900 c. c. de un líquido purulento, extremadamente espeso y con numerosos neumococos. A pesar de las punciones y de la seroterapia, continuaba la fiebre alrededor de los 38° y la cantidad de pus pleural extraída era cada día mayor. No obstante, el estado general era bastante bueno y permitía esperar un buen resultado de la autovacunoterapia. Dos días después de la primera inyección de vacuna, el líquido se hizo más flúido. Después de la tercera inyección, la punción no dió lugar más que á un líquido cetrino, ligeramente espeso, sin ningún germen, continuando la mejoría hasta la curación completa. (*Le Progrés Medical*, núm. 29, 16 de Julio de 1921).—LUENGO.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Acerca del diagnóstico diferencial entre las enfermedades de la vesícula biliar y las afecciones del tubo digestivo, por el Dr. M. Einhorn.—La historia clínica de las enfermedades de la vesícula biliar es muchas veces tan característica, que permite el diagnóstico por sí sola; pero otras requiere exploraciones auxiliares tales como la exploración radiológica del tubo digestivo y la investigación de la bilis obtenida en ayunas de un modo directo, que es el método más moderno. Algunos casos de trastornos de la vesícula biliar aparecen con el aspecto de otras enfermedades y sólo el análisis de la bilis, poniendo de manifiesto en ella moco, bacterias, piocitos y cristales de colesiterina y de bilirrubinato sódico, permite hacer el diagnóstico exacto. Prueba de ello son los tres casos que el autor señala: En el primer caso se trataba de una enferma de cincuenta años con vómitos repetidos desde un año antes de presentarse en el hospital. Había perdido 15 kilos: muchas veces se despertaba con náuseas y tras de expulsar como una cucharada de líquido se quedaba tranquila. Al cateterismo esofágico se detuvo la sonda en el cardias y las exploraciones ulteriores demostraron que se trataba de una oclusión espástica. Del examen de los contenidos gástrico y duodenal, resultó lo siguiente: El estómago en ayunas, vacío; después del desayuno de Ewald-Boas: ClH libre = 0; acidez total: 1,44; no hay fermento de Lab, ni sangre ni ácido láctico.

El contenido duodenal en ayunas es de color amarillo obscuro; contiene todos los fermentos pancreáticos, cristales de colesiterina y de bilirrubinato sódico, moco, bacterias; además es turbio. A los rayos X se notó un defecto de repleción cerca del píloro. De toda la historia parecía deducirse la existencia de un carcinoma gástrico, y sólo el resultado del análisis del contenido gástrico y del duodenal hablaba á favor de una lesión benigna: probablemente colecistitis con litiasis y aquilia gástrica y cardioespasmo, como trastornos consecutivos. La laparotomía de prueba confirmó estas suposiciones; en la vesícula había gran cantidad de arenilla, que no se podía palpar á través de la pared de la misma. El segundo caso era el de un individuo de treinta y un años que llevaba dos padeciendo de dolores en la región del epigastrio; los caracteres de los dolores, que á veces coincidían con los del dolor de hambre, habían hecho pensar en una úlcera del duodeno. El examen del contenido duodenal en ayunas demostró: color verde amarillento obscuro, turbio; cristales de ácidos grasos y de colesiterina, moco y células de pus. Alcalinidad, 25; amilasa, 6; sacarasa, 1; tripsina, 2. Merced á este análisis, y teniendo en cuenta la violencia de los accesos, se estableció el diagnóstico de una colecistitis grave, posiblemente acompañada de colelitiasis. La vesícula fué extirpada, y en la mucosa de la misma se encontraron úlceras superficiales, cristales de colesiterina, bilirrubinato cálcico y moco. No había úlcera duodenal ni gástrica.

En el tercer caso se trataba de un individuo de treinta y nueve años, que siete días antes había sufrido un acceso de dolor violentísimo en la parte alta del vientre. El dolor duró diez horas y luego tuvo vómitos. En los días siguientes se repitieron estos accesos é hizo la impresión de una oclusión intestinal porque al mismo tiempo tenía estreñimiento y meteorismo. El contenido duodenal en ayunas tenía un aspecto semejante al de un puré de guisantes, era amarillo y turbio. Alcalinidad, 10. Al examen microscópico se encontraron cristales de colesiterina y se hizo el diagnóstico de colecistitis con litiasis. Merece decirse con respecto á este caso que antes de la operación se hizo otro cateterismo duodenal inyectando sulfato de magnesio y se provocó la excreción de bilis obscura. Pues bien; la operación demostró la existencia de un cálculo grande en el conducto cístico que le oclufa por completo y no permitía entrar ni salir bilis en la vesícula. Esta se encontraba llena de un pus rojizo, que resultó estéril, de hematíes y de moco, pero no se encontraron indicios de bilis.

La importancia de este caso está en que demuestra la inexactitud de la teoría de Lyon, según la cual la bilis obscura excretada por la acción del sulfato de magnesio procede de la vejiga. En este caso se excretó y no podía proceder sino del hígado. En estos tres casos, los caracteres peculiares de la bilis: turbidez, moco, piocitos, bacterias, abundantes cristales de colesiterina y de bilirrubinato cálcico, permitieron hacer el diagnóstico de afección de la vesícula biliar. El autor termina planteándose el problema de si la existencia de cristales de colesiterina es un dato positivo de la existencia de cálculos. Deduce que no, pues ha observado un caso en el que el hallazgo de cristales de colesiterina fué abundante, y sin embargo no se encontró en la operación, sino la cicatriz de una úlcera duodenal y una colecistitis, pero sin indicios de cálculo. Es muy probable que en estos casos se formen concrementos sumamente finos que se expulsan al duodeno y que esta sea la causa de no encontrarlos en la operación, pero el hecho es que clínicamente no se puede admitir en estos casos la existencia de litiasis. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 28 de Julis de 1922.)

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.

Decreto importante. — ¿Otra Asamblea?

Por el Ministerio de Instrucción Pública se ha emitido, con fecha de 31 de Agosto próximo pasado, un importante Real decreto encaminado á dar reglas y preceptos para combatir el analfabetismo.

Conviene que nuestros lectores se fijen en esta fecha, separada por trece años de la ley de Enseñanza obligatoria de 23 de Junio de 1909, y á su vez en ésta, separada por cincuenta y dos años, de la ley vigente de Instrucción Pública.

Recordamos estas fechas porque ellas podrán quizás servir de enseñanza y por de pronto de augurio para presumir de lo que podrá servir el último Real decreto.

En la ley de Instrucción pública que se conoce ordinariamente con el nombre inolvidable de Moyano (por ser el ministro que la redactó), se consignaba ya el precepto de la enseñanza obligatoria. En vista de que transcurridos cincuenta y dos años nadie parecía preocuparse de hacer efectivos tales preceptos, mientras que la vergüenza del analfabetismo perseveraba y crecía en España, un senador, nuestro amigo el Sr. Cortezo, presentó una proposición de ley en la Alta Cámara, encaminada á reforzar vigorosamente el principio de la enseñanza obligatoria. Contra lo que suele ocurrir y más con un senador de oposición, el Gobierno de entonces acogió la proposición, y su ministro de Instrucción Pública, el inteligente, recto y severo D. Faustino Rodríguez Sampedro, convirtió en proyecto la proposición del Sr. Cortezo, se nombró la Comisión que la dictaminó y amplió, consiguiendo para ella la aprobación de ambas Cámaras y la sanción de la Corona. Teníamos, pues, *dos leyes*, y de cómo las dos se cumplían son muestra, en primer lugar, el que nadie se ha ocupado de establecer las sanciones y los preceptos en ellas consignados; y, en segundo lugar, el que la cifra que nuestras estadísticas arrojan respecto á los analfabetos, dista mucho de disminuir y menos en la debida proporción.

Al cabo de otros trece años y por el revuelo producido por el viaje del Rey á las Hurdes, hay por fin un ministro de Instrucción Pública que quiere demostrar que tan vital asunto le preocupa: lleva consignaciones á los Presupuestos y redacta el Decreto de que nos ocupamos.

No hemos de negar nuestro aplauso al acto del

Sr. Montejo, por lo que en sí significa; ni tampoco hemos de incurrir en el estéril vicio de lamentar los descuidos incomprensibles de sus antecesores, más atentos á crear centros, escuelas, comisiones y pretextos, en fin, para el nombramiento de funcionarios, que al cumplimiento de lo que tenían preceptuado por dos leyes tan claras y tan estrictas. Reciba, pues, el Sr. Montejo nuestro espontáneo pláceme.

Pero vamos á cuentas: ¿Cree el señor ministro que el espíritu y los detalles de su Decreto alcanzarán á conseguir lo que todos anhelamos? Por nuestra parte aseguramos que no; así, redondamente que no; y para ello tenemos una razón concluyente. Es ésta, que en la nueva disposición ministerial no se hace más que duplicar funciones, deberes y facultades que existían organizados y claramente prescritos en disposiciones anteriores, y con esta duplicidad no vemos otra ventaja que la de la confusión y los rozamientos á que se dará lugar unas veces entre el Consejo de Instrucción Pública y la flamante Comisión Central ahora creada; otras veces entre los inspectores de 1.ª enseñanza y las Comisiones provinciales, y otras veces entre los maestros *trashumantes* y los fijos, entre los interinos y los de escalafón, y por último, entre todos los funcionarios grandes, medianos ó pequeños que soliciten disfrutar de las jugosas brevas en que se distribuirán las consignaciones del presupuesto.

No vemos en el largo, complicado y rimbombante Real decreto ni una idea nueva, ni una previsión que no existiera en las leyes y disposiciones vigentes: ¿qué puede, pues, esperarse del *bis* y aun del *ter in idem* que significa el Real decreto?

Lo que hacía falta era una de éstas dos cosas: ó que se obligara á los Centros y funcionarios existentes, incluso al ministro, á cumplir con su obligación, ó que se buscaran otros aspectos nuevos en el remedio de esta vergonzosa lepra social, que con razón ha despertado la buena voluntad del actual señor ministro.

Y como nosotros censuramos á diario á esos críticos al uso que motejan la conducta ajena envolviendo su opinión en vaguedades y sin proponer concretamente remedio alguno, vamos á señalar un punto, que ampliaríamos si la índole de nuestra Revista nos lo permitiese; pero que el Sr. Montejo puede analizar, reflexionando sobre las resoluciones que pudiera inspirar en lo futuro.

Nos referimos á la responsabilidad que cabe á los padres en el hecho del analfabetismo. Si el Estado procura, como lo ha procurado en la ley de 1909, y en el último Real decreto, que los niños y los adultos tengan escuelas y maestros, ¿por qué no van á la escuela? ¿Por qué llegan á los trece y los catorce años sin saber realmente leer ni escribir?

No se acuda á la socorrida contestación de que necesitan ayudar á sus padres en las tareas agrícolas: ésto con la organización actual del trabajo y por las condiciones de la agrícola, no impide que los niños y los adultos vayan á la escuela. ¿Dónde está, pues, la culpa de que no vayan? En la falta de vigilancia de las autoridades y en el descuido de los padres, más necesitados de instrucción educativa que sus pobres hijos, que luego pagan en la vida práctica las culpas de la desatención paternal.

En los Estados Unidos se cotiza hasta por horas lo que puede valer la inasistencia escolar de un niño, traducida en incapacidad futura para obtener empleos gradualmente y automáticamente más remunerados, conforme el niño posee mayores conocimientos al entrar en la lucha de la vida. Esta cotización se traduce en multas que se hace pagar á los padres y se capitalizan en favor de los hijos.

¿No le parece al señor ministro que esto tendría alguna originalidad y que en ella podrían emplear sus aptitudes todos esos consejeros, comisionados, inspectores y maestros á que da origen la disposición que últimamente ha refrendado?

No podemos ser más explícitos porque éste no es en realidad el papel de nuestra Revista, siquiera el asunto interese á todos los españoles y en particular á los españoles ilustrados, entre los cuales nadie negará lugar preferente á los médicos.

Llega á nuestros oídos, sin origen oficial ni directo, la noticia de que se piensa reunir en Madrid una nueva Asamblea de médicos titulares, para ocuparse en los asuntos que interesan á su desatendido Cuerpo, y, principalmente, á lo que se refiere á él en el proyecto de ley de enfermedades evitables que se encuentra en discusión en el Senado.

Conste, y conste claramente, sin interpretaciones aviesas de los *picarones* que se meten siempre á traducir nuestros claros pensamientos, que *nos parece bien* la tal Asamblea, por lo que pueda tener de medio de expresión del pensamiento y de la voluntad de una clase en cuyo mejoramiento venimos desde hace más de sesenta años ocupándonos, sin desfallecimiento ni descanso.

Conste también que esta Asamblea nos complacerá doblemente, porque en ella habrán de explicar, los que ambigualmente lo aseguran, por qué razón suponen que pueda ser perjudicial para los médicos

municipales una ley que los reconoce y retribuye como funcionarios del Estado en tres ó cuatro conceptos diferentes.

Conste también que veremos con gusto la tal Asamblea si en ella se aclara el resultado del plebiscito olvidado y de las relaciones entre los Colegios y la Junta patronal.

Pero para que todos estos aplausos nuestros sean incondicionales es necesario: 1.º, que la Asamblea sea una verdad; es decir, que se componga de médicos titulares efectivos, sin acudir al fácil equívoco y al sobado expediente de las representaciones, procedimiento que en alguna ocasión ha hecho que una Asamblea á que no habían acudido 20 personas, se hiciera pasar por representativa de un Cuerpo compuesto de más de 10.000 individuos; 2.º, es necesario que el programa de los asuntos en que ha de ocuparse la reunión se publique con la anticipación debida *por toda la prensa profesional y por la prensa política*, y 3.º, es también necesario que se sepa quién convoca la Asamblea, sin valerse de las vaguedades y equívocos de Cuerpo y Asociación ó de cargo, sin mencionar personas, y de personas sin mencionar cargos.

En una palabra: es necesario que se proceda con lealtad, con formalidad y con buen deseo.

DECIO CARLÁN

EL LENGUAJE MEDICO

III

No por falta de cortesía, que es la urbanidad cosa tan barata y tan al común alcance, que pueden permitírsela aun los más pobres, y entre los más pobres está este *Maestro Ciruela*, que bien contra su voluntad lleva mucho tiempo sin contestar á las preguntas y advertencias que acerca de sus artículos ó del *lenguaje médico* se le dirigen. No por falta de cortesía, digo, sino por sobra de atenciones á que acudir, he tardado en responder al deber urbano de buena crianza, que todavía obliga á algunos espíritus rancios á contestar á las cartas que se les dirigen.

Como éstas son muchas y cada una trata de asuntos diversos y poco congruentes con las otras, esperaba yo ver si podía someterlas á algún orden ó clasificación; pero en vista de ser ello difícil y de transcurrir el tiempo, pudiendo dar lugar á interpretaciones poco favorables, prefiero ir dando respuestas á medida que los asuntos se me presentan, pues siempre tendrá esto, por su menor solemnidad, mayor apariencia de simpática y efectiva modestia.

Pero antes de comenzar la tarea de las contestaciones he de permitirme hacer alguna observación en defensa de los que, siendo médicos y más ó menos escritores, cometen faltas é incorrecciones en el estilo ó en la precisión léxica de sus escritos.

No sería justo, siquiera fuera disculpable, dado que en un periódico médico y para médicos escribo, el que fingiera ignorar que en la gran prensa y por autores muy estimables se dejan escapar también gazapillos, que deben pasar tanto menos que inadvertidos cuanto que algunas veces proceden los tales roedores de madrigueras muy pretenciosas.

Viene siendo moda en muchos y aún costumbre en algún periódico, el dedicar disciplinazos a sus colegas, y, por si él entendiera la alusión, la diremos que resulta poco justo y aun antipático el que dirija sus críticas y exhiba los defectos con preferencia marcada respecto á periódicos y publicaciones de escasa importancia, que ven la luz pública en localidades reducidas y que son redactados por gentes incipientes y bisofias.

¿No tiene el discreto Aristarco más á mano y en publicaciones de mayor importancia *caza* bastante para ejercitar su puntería?

Pues en el mismo periódico en que escribe no le faltaría ciertamente ocupación para más de un provechoso ojeo. Y no digamos lo que resultaría si se diera el trabajo de tomar algún apuntito acerca de lo que dicen á diario ciertos maestros, que lo son realmente en la generalidad de sus escritos; pero que de cuando en cuando claudican ó *dormitan* que es una maravilla, y, sobre todo, cuando quieren hacer gala de emplear acertadamente términos técnicos de la Medicina.

Así el ilustre *copista* hallaría fácilmente empleado el término *diagnóstico* en lugar del de *pronóstico*, aplicado á la estimación de la gravedad de una herida ó de un traumatismo, diciendo: «el diagnóstico formado por los médicos fué reservado», «recibió una herida de diagnóstico leve» y otras lindas por el estilo. Debiera el tal censor decir á sus compañeros, que *diagnóstico* significa calificación de la enfermedad, y *pronóstico*, juicio acerca de la gravedad y del curso futuro de la misma. La cosa no es muy difícil y á poco que se haya tenido que ver con el griego se puede adivinar que diagnóstico significa conocer ó distinguir entre varias cosas, y para el pronóstico no se necesita más que saber castellano.

Dejando descansar algún tiempo á los periódicos locales de Villa tal, ó Villa cuál, podía el *copista* ver en algún gran periódico (como él á sí mismo se llama) y sobre la firma ó bajo la firma, como él quiera, de uno de nuestros primeros escritores de diarios, emplear la palabra *diástole* como representativa de la idea de contracción enérgica del corazón, cuando lo que significa es precisamente lo contrario; es decir, el tiempo alternativo de la dilatación y descanso del órgano propulsor de la sangre. Vería también el ilustre crítico empleada ya pa' ahora *emérito* por más de un eximio escritor, como representativa de la idea de hombre de extraordinario mérito, cuando lo que en realidad significa es jubilado ó retirado de una función ó servicio. Y así cuando se dice: *El emérito doctor ó el escritor emérito*, lo que se dice es el doctor jubilado ó el escritor retirado de las letras; cuando lo que se quería decir era el doctor eximio ó el escritor afamado. Para esto no hay razones que expone: el diccionario tiene la palabra, y si no se cree con autoridad bastante á los de la lengua castellana ó española, búsquese la palabra en los franceses é italianos, que es de donde procede, y se verá que en todos sin excepción dan al referido adjetivo la significación que yo le doy, con perdón sea dicho de dos personas por mí muy admiradas en quienes he encontrado en estos últimos días esta viciosa aplicación del término emérito.

No hablo ya de lo de *verisímil* é *inverisímil*, porque esto hay quien con visos de competencia lo defiende, haciendo á mi juicio una indebida aplicación de la regla que hace derivar del genitivo los nombres compuestos; pues aquí no hay tal genitivo, dado que, si le hubiera, tendría que decirse *veritatisímil*, con respecto al latín del que no deriva la palabra, sino del italiano, y aunque del latín derivase, arrancaríala por su significación del ablativo y no del genitivo; pues lo que significa la palabra *verosímil*, que es la que empleamos todos los mortales (menos los *cursibiles*), lo que significa no es semejanza de la verdad, sino semejanza á la verdad,

No hablemos de lo de entusiástico y entusiásticamente, conque se enjuagan hinchando las mejillas algunos oradores modernistas y adornan sus escritos los noticieros noveles: entusiasta se ha dicho siempre, y no hay razón para cambiar una palabra bien sonora y adecuada, por otra picuda y áspera.

No digamos que digamos acerca del número de veces en que podía encontrar mal aplicada la palabra *éxodo* como sinónima de *Odisea* y de *Hégira*, que suponemos que el buen señor de González (D. Melitón), que es á quien venimos aludiendo, tendrá la misma mala suerte que yo y será rara la vez que encuentre bien aplicada cada una de estas tres palabras.

Exodo es el viaje dificultoso que tiene por fin una tierra de promisión.

Odisea es la vuelta al través de múltiples peligros, de un viaje con aventuras maravillosas.

Hégira es la huida para evitar un peligro y encontrar un punto de reposo.

Moisés, Uíses y Mahoma son los héroes respectivos de estas tres variedades de emigración.

Otros gazapos de menor cuantía pueden encontrarse en los periódicos que presumen de perfectos y de dar por su circulación copiosa norma de ensañanza á sus compañeros. Así, no hace muchos días, leíamos en uno de los tales «cinabrio de mercurio», y procurábamos recordar si habría algún otro cinabrio que no fuese el del referido metal.

Hallaría también, como epígrafe de toda una sección, la palabra *ideograma*, que aunque supongo lo que ha querido expresar, no puedo aplaudir el acierto con que lo ha hecho. La terminación *grama* en el lenguaje actual se ha agregado á otras radicales, pero expresando siempre la idea de letras ó de palabras, y así se dice: telegrama, para expresar palabras rápidamente transmitidas á distancia; cablegrama, palabras transmitidas por el cable; pero ideograma no acertamos á interpretar cuál haya sido su etimología, aunque repito que me figuro cuál ha sido su intención; se ha querido, sin duda, expresar ideas rápidamente formuladas, y lo que se ha dicho ha sido ideas formuladas con palabras; es decir, que se ha tomado el *grama* por el *tele*, lo cual es imperdonable en quien lo ha hecho.

Verdad es, que en esto de las etimologías griegas y latinas aplicadas á neologismos de la vida corriente, desde que los señores franceses nos han lanzado la palabra «autobus» no tenemos ya de qué admirarnos.

E expresivo, y aún elegante término de «ómnibus» que literalmente significaba *para todos*, expresaba el vehículo ó carruaje de que todo el público podía disponer, y al querer modelar la palabra sobre el concepto del automóvil se ha caído no en el barbarismo, sino en el brutalismo de decir *autobus*, creyendo que con aplicar la terminación «bus» propia del dativo y ablativo del plural, ya se había arreglado todo, sin tener en cuenta, que al prescindir del término «omni» se prescindía de lo que radicalmente se quería expresar y se creaba una palabra sin sentido alguno cuando se pudo llamar á los coches destinados al servicio público con movimiento propio *Automnibus* que equivaldría á decir automóvil para todos, que es lo que, por lo visto, se quería significar.

En otro gran periódico encontramos la palabra *fagocito* muy pomposamente empleada como sinónimo (y aún expresado así) de glóbulo de pus; á éste no se me ocurre decir sino que el buen escritor ha oído campanas... Dice el autor «La humanidad supura á veces como los tejidos orgánicos porque también tiene sus fagocitos».

No sé cómo pedir perdón, al cerrar este artículo, sin ha-

ber contestado á mis benévolos interpelantes; á éstos, por aplazar aún más la respuesta, y á los autores á quien hoy aludo, por el desacato de haberles criticado. Esto último tiene una explicación, que bien puede ser un descargo: he hallado en ellos las faltas que según mi opinión podrían haber evitado, porque los leo, y los leo porque los admiro, estimo y busco en su lectura el solaz que muchos otros contemporáneos no me procuran.

Hasta otra.

EL MAESTRO CIRUELA.

EL DR. JUAN SANTOS FERNANDEZ, DE LA HABANA (CUBA)

POR EL

DR. MARÍN AMAT

Noticias recibidas de Cuba nos dan cuenta de haber fallecido en la Habana, el día 6 de Agosto último y á los setenta y cinco años de edad, el ilustre hombre de ciencia y sabio oculista, Dr. Juan Santos Fernández, figura excelsa de la Oftalmología mundial.

Con la muerte de tan benemérito ciudadano, pierde la Medicina cubana su más alto representante y la Oftalmología en lengua castellana á su decano y maestro.

El Dr. Santos Fernández, de origen cubano, terminó en Madrid la carrera de Medicina, y fué en España, al lado del Dr. Moreno Jugo, donde aprendió los primeros conocimientos de Oftalmología, que después perfeccionó en París, con el Dr. Galezowski: siendo también en nuestra patria (Toledo), donde comenzó el ejercicio de la especialidad, que de un modo tan directo había de contribuir á su engrandecimiento. También fué España la cuna de sus primeras publicaciones científicas, las que la Academia de Ciencias de la Habana premió, nombrándole miembro corresponsal, primera distinción honorífica de su país natal.

Bien pronto regresó el Dr. Santos Fernández á Cuba, estableciéndose en la Habana, adonde llevó las primicias de los adelantos científicos de la época, en todas las ramas de la Medicina; entre otras, la fundación del Primer Instituto Antirrábico en América.

La extraordinaria labor científica realizada por este insigne español (nació en Cuba, cuando era colonia española), durante su medio siglo de vida profesional, es imposible que por nadie haya sido igualada, puesto que á una clarísima inteligencia y á una férrea voluntad, ha unido este hombre excepcional una larga y saludable vida, dedicada por entero á la Oftalmología. Así se comprende el perfeccionamiento intelectual por él alcanzado y su constante y original aportación á todos los Congresos Oftalmológicos, á muchísimas revistas y el número extraordinario de monografías y el de trabajos por él publicados, que se aproximan á mil.

Ha sido fundador de muchas revistas de Medicina, entre otras *La Crónica Médico Quirúrgica*, de la Habana, el *Laboratorio Bacteriológico* y los *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos* (en unión del ilustre doctor Menacho); ha inspirado otras como la *Revista Cubana*

de *Oftalmología*, que dirige su hijo espiritual, el doctor Francisco María Fernández, y ha contribuido sobremanera á la publicación de muchas, como la *Crónica Oftalmológica*, de Cádiz, que dirigía el Dr. Del Toro, y los *Anales de Oftalmología de Méjico* (ambos desaparecidos). Además, ha colaborado en todas las revistas de Oftalmología españolas, francesas y americanas.

Su país le honró en vida con las más altas distinciones científicas, como la Presidencia de la Academia de Ciencias, de la de Medicina, de la Sociedad Protectora de los Niños y muchas más.

Caracteres especiales tienen las publicaciones del mentor de la Oftalmología en habla de Cervantes, que las hacen atrayentes y agradables: tales son la claridad y fluidez de estilo, su valiosa enseñanza y el estar calcadas en su propia experiencia personal, rica cual ninguna en Oftalmología.

Y el sello distintivo de este hombre sabio, bueno y santo (que no otra cosa era) y que constituye un grandioso legado á la posteridad, es su *Archivo particular de enfermos de los ojos*, preciosa joya oftalmológica de más de un centenar de libros, donde están anotadas 70 ú 80.000 historias clínicas, con toda riqueza de detalles, con todo género de investigaciones y deducciones y de incomparable enseñanza.

¡Pocas inteligencias habrán estado tan constantemente dispuestas á hacer Ciencia y á hacer Patria española (español de origen y de convicción, glorificó en todo momento á la madre patria), como la del doctor Juan Santos Fernández!

Con su muerte, pierde la Oftalmología castellana su primer campeón; Cuba y España al hijo preclaro y benemérito; su familia al venerable patriarca y los enfermos al padre amantísimo, al que siempre llorarán. Están, pues, de luto la Ciencia y la Patria. Descanse en paz el hombre ejemplar.

A los médicos del Registro civil de España.

Cuando á fines del pasado mes de Mayo terminó en Madrid la primera Asamblea nuestra, á más de los triunfos é innegables beneficios que á nuestra entidad proporcionó el celebrarla, tuvimos todos la satisfacción de entablar trato personal y conocernos lo suficiente en aquellos días para formar juicio de hombres, de compañeros y de amigos.

Soy yo, uno, tal vez el más insignificante de todos, pero como el que más compañero y amigo, el que con tales apelativos reclama vuestro juicio imparcial para algo que ha herido cruelmente mis sentimientos.

Con motivo de un caso presentado en mi ejercicio como médico del Registro civil, la Prensa de Madrid se ocupó de nuestras intervenciones en los reconocimientos elogiando nuestra labor y comentando el suceso.

Suponiendo yo que era ello oportunidad aprovechable para razonar una de nuestras conclusiones de la Asamblea, aun no formando yo parte de la Junta gestora, me permití dirigir al señor ministro de Gracia y Justicia una carta abierta en las columnas de EL SIGLO MEDICO.

Pensé que esto podría avanzar algo nuestra aspiración y no pensé más y lo hice. Todos ó casi todos conoceréis tal carta.

Pues bien; un compañero nuestro, de provincias, me escribe sobre este asunto diciéndose él alarmado y asegurando ser igual la alarma en otros, porque al leer la carta han visto claramente en ella que se pretende establecer diferencia en la consecución de nuestra aspiración entre unas provincias y otras.

Más claro, que en mi carta han leído la intención de lograr para Madrid, Barcelona, Sevilla y Valencia, lo que no se pide para el resto.

Yo ruego á todos los médicos del Registro civil de España que lean la carta citada.

Reproduzco aquí los párrafos á que el compañero hace referencia:

«Excelentísimo señor, venga pronto esa resolución que acaso esté entorpecida en alguna liana administrativa.

Para este servicio no hacen falta presupuestos, ni créditos extraordinarios.

Establézcase en igual forma que el reconocimiento de los muertos fué establecido.

Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, TODAS LAS GRANDES URBES ESPAÑOLAS pueden ser campo de una prueba decretada primero, después, de una ley definitiva.»

.....
¿Está claro? Si en estos párrafos ó en cualquier otro hay nada que permita suponer la intención que se ha achacado á la carta, será preciso reconocer que yo no sé leer ni escribir. Pero me parece que no debe ser así. Mejor es que reconocamos que, declarada por mí la absoluta buena fe que me guió al escribirla, no es tan fácil reconocer la misma buena fe en quien ha podido leerla. A no ser que desease, el aludido, que hiciera en ella un detallado recuerdo al señor ministro de todas las grandes urbes españolas, ó emplease el socorrido etc., etc., de más claridad, sin duda, para él que la claridad misma de la exposición generalizadora.

Si por mí solo fuera no me hubiese atrevido á molestar vuestra atención con estas letras, pero hay algo que las ha hecho precisas. Este algo es que habiendo una Junta y un presidente que gestionan nuestros asuntos comunes, podía achacarse á ellos lo que á mí se achacaba, y yo soy, antes que holgazán y cómodo, justo.

Nuestro presidente el Dr. Masip viene trabajando asidua y acertadísimo en pro de nuestros intereses, que han encontrado los habituales obstáculos en las tramitaciones de este género, mas alguno otro de índole más complicada y difícil, y que á pesar de los pesares, á pesar de haber transcurrido solamente tres meses desde la asamblea, y de los tres, dos de vacaciones, gracias á la acertada dirección dada el asunto por el Dr. Masip, estamos á punto, á punto, de ver alcanzadas muchas más aspiraciones de las que se nos deseaban conceder.

Sé que hago mal en decir esto sin el consentimiento del Dr. Masip, pero arriesgo incurrir en su enojo, porque es de buena ley la alegría que me produce el saberlo, y me complace que la compartan los compañeros impacientes, y, además, porque me corre prisa de que todos vosotros sepáis agradecer, á quien así lo merece, lo que por nosotros ha hecho, pues me parece ser ésta otra de las obligaciones del agradecimiento que en mí ha producido su desvelo.

Nada más sino que sepamos todos esperar y aprendan, los que lo necesiten, á no ver en los demás disposiciones de maquiavelismo aprovechado en que su espíritu es sin duda abundoso.

F. JAVIER CORTEZO.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REAL ORDEN CIRCULAR

En el expediente relativo á la moción suscrita por el consejero Sr. Gallego Ramos sobre instrucciones para la redacción de Reglamentos municipales sobre instalación de fosas sépticas y disposiciones complementarias, el Real Consejo de Sanidad ha emitido el siguiente dictamen:

«Excmo. Sr.: Este Cuerpo Consultivo en pleno, en sesión celebrada el día 22 de los corrientes (Marzo), acordó por unanimidad informar á V. E. de conformidad con el dictamen de su Sección de Sanidad interior, aprobando la moción del consejero Sr. Gallego Ramos, sobre instrucciones para la redacción de Reglamentos municipales sobre instalación de fosas sépticas y disposiciones complementarias que se acompañan.»

Y habiéndose conformado S. M. el Rey (q. D. g.) con el preinserto dictamen, se ha servido resolver como en el mismo se propone.

Lo que de Real orden digo á V. S. para su conocimiento y el de los alcaldes de los Ayuntamientos, con objeto de que tengan en cuenta las instrucciones de referencia al redactar sus respectivos Reglamentos de Higiene. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 22 de Abril de 1922.—Piniés.—Señores gobernadores civiles de las provincias de España.

Instrucciones para la redacción de Reglamentos municipales sobre instalación de fosas sépticas y disposiciones complementarias.

Artículo 1.º En lo sucesivo cuantos Reglamentos se dicten por los Municipios, tanto urbanos como rurales, para la construcción y uso de los fosos fijos y aparatos denominados fosos sépticos, así como las disposiciones complementarias de éstos, habrán de atenerse en su redacción á los preceptos fundamentales de carácter sanitario que se establecen en estas instrucciones.

A la implantación de dichos Reglamentos deberá preceder la aprobación de los mismos por la Dirección general de Sanidad, excepto para los pequeños Municipios (menores de 5.000 habitantes), para los cuales bastará con la aprobación del inspector provincial de Sanidad correspondiente.

Art. 2.º El empleo de los aludidos sistemas de recogida y tratamiento de las aguas negras sólo será permitido cuando se carezca de una red cloacal que aleje dichas aguas de los lugares habitados ó cuando el ramal más próximo del alcantarillado pase á más de 100 metros del inmueble cuyas inmundicias líquidas hay que recoger.

Siendo siempre preferible, higiénicamente, la circulación de las aguas negras á su estancamiento (aunque sea por breve plazo y en condiciones adecuadas) cerca de las viviendas, los Municipios deberán esforzarse por reducir todo lo posible la parte del núcleo habitada en que sea forzoso acudir al empleo de los fosos fijos, extendiendo al efecto constantemente el desarrollo de las redes cloacales.

La acometida á la alcantarilla, cuando exista, será obligatoria para todas las fincas, con la sola excepción que para las de pequeña importancia señala el párrafo primero de este artículo.

Art. 3.º No podrá instalarse ningún foso fijo para el servicio de habitación aislada ó colectiva sin que preceda el competente permiso de la autoridad municipal, á la que

deberán presentarse los planos de dicha instalación. Todas las referidas instalaciones quedarán bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias provinciales, las cuales podrán prohibir temporalmente el uso de cualquiera de ellas cuando comprobasen que por su funcionamiento defectuoso constituía un peligro para la salud pública, debiendo en tal caso dar cuenta de la medida tomada á la Dirección general de Sanidad, quien, previo el examen detenido de las circunstancias que en el caso concurren, resolverá en definitiva.

Art. 4.º Queda terminantemente prohibido el vertimiento directo en los cursos de agua ó la filtración en el terreno de los líquidos procedentes de las fosas sépticas ó fosos fijos en general, por encerrar dichos líquidos productos pútridos, sustancias tóxicas y un número incalculable de gérmenes, siendo por ello capaces de contaminar las aguas superficiales y las subterráneas. El referido afluente de los fosos fijos deberá ser depurado antes de mezclarlo con aguas corrientes ó entregarlo al terreno, acudiendo para conseguir aquella finalidad, bien á interponer un filtro de oxidación, bien á practicar en pequeño la depuración natural por el suelo, ó á la mezcla en dosis conveniente con productos químicos que aseguren la desinfección y desodorización de dicho afluente.

Podrá también autorizarse el reunir el afluente de los fosos fijos (de fermentación) en otros pozos ó depósitos de capacidad adecuada, para que puedan contener el volumen que aquéllos desagüen como *mínimum* durante ocho días, siempre á condición de que estos recipientes sean absolutamente impermeables, ventilados y de que su contenido se extraiga por procedimientos mecánicos (extracción por el vacío ó neumática).

Art. 5.º Las materias extraídas de los depósitos á que se refiere el artículo anterior deberán verterse con las debidas precauciones en los colectores de la red de alcantarillas, si existiera en las cercanías de aquéllos, y en caso contrario, en sitios alejados de núcleos de población ó caseríos y donde no haya temor de contaminación de capas subterráneas.

Dichas materias no se emplearán nunca para el riego de terrenos en los que se cultiven hortalizas ó frutos que se comen en crudo.

Art. 6.º Siendo muy difícil asegurar el buen funcionamiento y satisfactoria depuración de las aguas negras (1) en las instalaciones domésticas, se evitará en lo posible por los Municipios la aglomeración de aquéllas y se prohibirá el empleo de pozos absorbentes que recojan y entreguen al terreno el afluente de los filtros bacterianos en todos los sectores ó barrios que ofrezcan gran densidad de edificación. En tales casos deberán establecerse canalizaciones que reúnan las aguas negras de un grupo de edificios y las conduzcan á una instalación común, ó bien imponer como obligatoria la construcción de depósitos á que se refiere el artículo 4.º

Art. 7.º Podrá aceptarse el empleo, tanto de los aparatos en los que se encuentran reunidos el foso séptico y el filtro

(1) Se estima la depuración como satisfactoria:

1.º Cuando el agua depurada no contiene más de 0,03 gramos de materias en suspensión en litro.

2.º Cuando después de la filtración sobre papel la cantidad de oxígeno que el agua depurada toma al permanganato de potasio en tres minutos queda sensiblemente constante y después de siete días de incubación á la temperatura de 20º, en frasco cerrado al esmeril.

3.º Cuando antes y después de siete días de incubación á 30º el agua depurada no desprende ningún olor pútrido ó amoniacal.

4.º Cuando el agua depurada no encierre ninguna sustancia química susceptible de intoxicar los pescados y perjudicar los animales que abrevasen en el curso de agua donde fueran vertidas.

(foso séptico completo Bussiere, tanque Zeta, depurador séptico Clopard, foso séptico con filtro oxidante Bezault, etcétera, etc.), como de aquellos otros en los que ambos elementos no van anexos y pueden instalarse ó construirse separadamente, enlazándolos después por medio de tuberías de gres ó fundición de 0,20 metros de diámetro como *mínimum*.

En las instalaciones para el servicio de los edificios aislados, ó que dispongan de jardín ó huerto, cuya superficie no baje de 300 metros cuadrados, se podrá autorizar la sustitución del filtro por una disposición que permita el desparramiento por el suelo del afluente del foso séptico, siempre que la canalización, para practicarlo, esté enterrada por lo menos á 0,50 metros de profundidad y tenga la extensión suficiente para que el terreno no se empape con dichos líquidos. Los conductos podrán ser de mampostería, hormigón magro, gres, barro, ó cualquier material que no precisa sea impermeable.

En dichas instalaciones se podrá tolerar cuando se empleen los filtros bacterianos que el desagüe de éstos vaya á parar á un pozo absorbente, siempre que no haya temor de posibles contaminaciones del agua.

Lo mismo el foso que el filtro se alejarán en lo posible de las viviendas, emplazándolos en un extremo de la huerta, corral ó jardín, y donde puedan ser menos de temer las contaminaciones de aguas que se utilicen para usos domésticos. Aunque por cualquier circunstancia el foso séptico se encontrara al pie ó inmediato á los muros de la finca, el filtro deberá alejarse de la misma uniéndolo éste y aquél por conducto impermeable (gres preferentemente).

Art. 8.º Tanto los fosos como los filtros podrán ser de planta circular, cuadrada ó rectangular y de cualquier material (fábrica de ladrillo ó de mampostería, hormigón armado ó sin armar, palastro galvanizado), á condición de que resulten impermeables; tanto uno como otro llevarán siempre un registro en la tapa para su limpieza y vigilancia.

En las instalaciones bacterianas para edificios colectivos (Asilos, Escuelas, Casas de salud, etc.) se calculará la capacidad á razón de 100 litros de agua por persona y día como *mínimum*, pudiendo acometer á ellas todas las aguas sucias del establecimiento (fecales, de cocina, lavaderos, baños y limpieza) y hasta las pluviales circunstancialmente en las pequeñas instalaciones domésticas; el volumen del foso séptico debe como *mínimum* ser de 120 litros por persona servida y la superficie del filtro de un metro cuadrado por cada diez personas, prohibiéndose acometer á dicho foso las aguas pluviales.

En todos los casos, lo mismo los fosos que los filtros, estarán dotados de una activa ventilación, pudiendo la de los primeros establecerse ya directamente por un tubo más alto que la construcción ó tapia ó ya por intermedio del filtro, que tendrá siempre ventilación directa.

Art. 9.º Los fosos sépticos estarán divididos en dos compartimientos desiguales por medio de un tabique perforado en su tercio central, y que sobresalga de 0,05 metros á 0,10 metros sobre el nivel del líquido en el foso; los tubos de acometida y evacuación penetrarán por lo menos 0,40 metros por debajo de la superficie del líquido. La profundidad no pasará de 3 metros, ni bajará de un metro, y la altura de la cámara de gasé no podrá ser inferior á 0,20 metros.

Art. 10. La altura de la masa filtrante en los lechos bacterianos será como *mínimum* de 1,25 metros, debiendo éste descansar sobre una parrilla ó piso perforado que permita el desagüe y facilite la aereación de dicha masa, debajo de la cual debe llegar el aire exterior. Como materiales filtrantes pueden emplearse las escorias de altos hornos ó de má-

quinas de vapor, á turba, el carbón vegetal, el coque, y, en su defecto, el ladrillo machacado, la grava y la arena, colocando siempre las capas más finas en la parte más próxima á la superficie.

Puede también emplearse como lecho bacteriano una mezcla de arena del río y tierra de jardín á partes iguales dispuesta en capas alternativas de 0,10 metros á 0,15 metros de espesor, separadas por una capa de cualquiera de los materiales filtrantes antes citados (escorias, turba, etc.).

Se recomendará el empleo de aparatos de descarga automática para la distribución del líquido afluente del foso séptico sobre la superficie de la masa filtrante, pudiendo aquéllos reemplazarse por disposiciones que, aunque no de modo tan perfecto como aquellos aparatos, cumplan la indicada misión distribuidora.

Art. 11. Podrá autorizarse el establecimiento de las instalaciones domésticas á que se refieren estas instrucciones para el servicio de edificios colectivos que están bastante alejados de una red de alcantarillado á los que convenga por este medio reducir el diámetro y, por tanto, el coste de las tuberías para la acometida en dicha red del afluente de aquéllas.

Art. 12. Constituyendo un serio peligro para la salubridad, tanto de las poblaciones como de las viviendas, la existencia de pozos negros que por su general falta de impermeabilidad y descuido entretenimiento infectan el suelo y contaminan las aguas, dando lugar, en multitud de casos, á enfermedades infecciosas de carácter endémico, y no pocas veces epidémico, queda prohibido, con carácter general, el establecer pozos negros para el servicio de edificios de nueva planta, á partir de la fecha en que entren en vigor los Reglamentos para el servicio de fosos sépticos, y se encarece á los Ayuntamientos la alta conveniencia higiénica de ir reduciendo el número de los que existen en la actualidad, quedando obligados los de poblaciones mayores de 5.000 habitantes á imponer, en el plazo máximo de dos años, el establecimiento de fosos sépticos en las condiciones que fijen los respectivos Reglamentos, previa la aprobación de éstos en la forma preceptuada en el art. 1.º de estas instrucciones.—(*Gaceta* de 26 de Abril.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 702,4; ídem mínima, 699,6; temperatura máxima, 22°,5; ídem mínima, 4°,1; vientos dominantes, E. NE.

Siguen revistiendo el mismo carácter y presentándose en igual proporción los padecimientos agudos de los aparatos respiratorio, circulatorio y digestivo. Parece que comienzan á disminuir los casos sospechosos de mordeduras de perros hidrófobos. En los padecimientos crónicos se observan exacerbaciones y agravaciones, por los afectos catarrales intercurrentes.

En los niños sigue siendo buena la salud general.

Mortalidad de Madrid en Agosto de 1922 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Agosto de 1922.
Menores de 1 año.....	223	203
De 1 á 4 años.....	163	116
De 5 á 19.....	94	87
De 20 á 39.....	177	182
De 40 á 59.....	194	178
De 60 en adelante.....	256	240
Sin clasificación.....	2	2
TOTAL.....	1.109	1.008

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Agosto de 1922.
Fiebre tifoidea.....	29	23
Tifus exantemático.....	6	1
Viruela.....	9	5
Sarampión.....	9	1
Escarlatina.....	6	1
Coqueluche.....	6	5
Difteria.....	6	2
Gripe.....	4	2
Otras epidémicas.....	126	124
Tuberculosis pulmonar.....	15	11
Idem meningea.....	23	21
Otras tuberculosis.....	52	46
Cancerosas.....	68	69
Meningitis.....	57	52
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	59	56
Orgánicas del corazón.....	24	9
Bronquitis aguda.....	11	13
Idem crónica.....	14	15
Pulmonía.....	59	48
Broncopneumonía y otras.....	143	122
Enteritis (menores de dos años).....	2	7
Apendicitis y tifitis.....	14	15
Hernias y obstrucciones.....	11	13
Cirrosis hepática.....	34	38
Nefritis.....	5	12
Septicemia puerperal.....	38	40
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	25	23
Senectud.....	254	234
Otras enfermedades.....	1.109	1.008

Varones..... 502

Hembras..... 506

Promedio de mortalidad diaria del mes

en el quinquenio anterior..... 35,77

Idem íd. en Agosto de 1922..... 32,52

Idem íd. en Julio de 1922..... 48,32

Observaciones.

La mortalidad de Agosto comparada con la de igual mes en años anteriores ha sido una de las más bajas.

La franca mejoría en el tifus exantemático de que hablamos en el mes anterior se ha confirmado registrándose un solo caso.

De fiebre tifoidea han fallecido el mismo número que el mes anterior, 23. Esta ligera exacerbación, que casi todos los años se presenta en las proximidades del otoño, ha sido algo inferior al promedio correspondiente. Se han repartido por todos los distritos con la excepción del de Palacio y Congreso en los que no ha habido defunciones por esta causa.

Por primera vez en Madrid han transcurrido doce meses seguidos sin morir nadie por viruela. La última defunción ocurrió en 5 de Agosto de 1921. Fué un niño de dos años nacido en Cáceres y domiciliado en la Cuesta de la Elipa. En todo el año 1921 murieron por viruela 4, y en 1920, 9. Estas han sido las brillantes consecuencias de la vacunación *á fortiori* que se practicó en Madrid. Es una lección de hechos de tal fuerza que señala á los Poderes públicos con toda precisión el camino por donde se llega seguramente á la completa extinción de la lues variolosa.

Diagnosticado de ataque de hidrofobia falleció el día 13 en el Hospital provincial un varón de veintiocho años, domiciliado en un solar de la calle de Segovia.

Nacieron vivos, 1.423.

LUIS LASBENNES

Crónicas.

Del Congreso de Odontología.—Una de las visitas más interesantes que han hecho los congresistas, ha sido la que realizaron el día 6 á la Escuela de Odontología, en la cual realizaron algunos trabajos los odontólogos españoles y algún extranjero.

La sala en que se practicaron estos trabajos no está aún inaugurada oficialmente, y este acto tendrá lugar con asistencia del Rey en el próximo mes de Octubre.

La instalación de la referida sala es completa, gracias al desorendimiento de los ex alumnos que estudiaron la carrera en Madrid, que han contribuido á ello con una suma superior á 100.000 pesetas.

El mismo día 6 el profesor Guerini, de Nápoles, explicó en el Palacio de Exposiciones del Retiro, nuevos é interesantes procedimientos protésicos por él empleados; y en el Instituto Rubio, Brophy, Lonyan y Chiavaro, realizaron interesantes operaciones.

El mismo día visitaron las obras de la nueva Facultad de Medicina, y por la tarde, en el Palacio de Exposiciones, se continuó la lectura y discusión de las comunicaciones.

Por la noche y con numerosa asistencia, tuvo lugar el banquete que se ofrecía á los congresistas extranjeros en el Hotel Ritz.

El día 7 realizaron una excursión á Toledo de la que volvieron entusiasmados los congresistas extranjeros.

El día 8 se leyeron y discutieron las siguientes comunicaciones: «Fistulas de origen dentario», señorita Landete; «Un caso de anoclusión», Sr. Alonso; «Síndromes hemorrágicos en Odontología», Sr. Domínguez; «Tratamientos de las odontitis», Sr. Piñero; «Alveolitis», Sr. Velez; «Preparaciones microscópicas del tejido dentario», Sr. Mayoral.

Una de las importantes conclusiones de este Congreso ha sido la aprobación del informe de la Comisión de Enseñanza, de acuerdo con el dado por la Escuela de Odontología, sometido, con anterioridad al Congreso, á la aprobación del Gobierno en el que se establecen tres cursos en la especialidad, y tres cursos en la Facultad de Medicina.

Se acordó discutir en la próxima Asamblea el informe emitido por la Comisión de Legislación.

Dicha Asamblea nacional se celebrará en Zaragoza el 23 del próximo mes de Octubre.

El equipo quirúrgico de Cádiz.—El Ministerio de la Guerra publica en el número correspondiente al día 10 de Septiembre de su *Diario Oficial*, la siguiente Real orden resolviendo el equipo quirúrgico de Cádiz:

«No considerándose necesario, en la actualidad, la intervención del equipo quirúrgico núm. 17, en el Hospital Militar de Cádiz, el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer sea disuelta la referida agrupación, incorporándose á sus respectivos destinos de plantilla, tanto el jefe de la misma, comandante médico D. Luis Rubio Janini, como el personal auxiliar que lo constituye, sin dejar de pertenecer al referido organismo, que continuará constituido nominalmente, en previsión de que las circunstancias pudieran exigir su ulterior funcionamiento.»

Otro médico víctima del automóvil.—En número reciente dábamos cuenta del accidente automovilista de que fué víctima Ramón y Cajal.

Hace pocos días, el 11 de Septiembre viajaba también en automóvil el tocólogo de Valladolid Dr. Pedro Zuloaga. El conductor del coche para evitar el atropello de un viandante frenó rápidamente el vehículo, produciendo el vuelco del mismo.

El Dr. Zuloaga, despedido del automóvil violentamente, sufre heridas en una mano con probable pérdida de varias falanjes, otras heridas de menor importancia y magullamiento general.

La primer cura le fué practicada en el pueblo de Rueda y luego fué trasladado á Valladolid.

Lamentamos muy de veras el accidente y hacemos votos por el restablecimiento del Dr. Zuloaga.

El tifus y la peste en Esmirna.—No nos vamos á ocupar de la cuestión política ni internacional entre turcos y griegos. Sólo á la cuestión sanitaria nos referiremos.

Del estado sanitario lamentabilísimo en que se encuentra Esmirna, dan cuenta los telegramas de todas las agencias.

Según ellos, al ser ocupada por los turcos la ciudad de Esmirna, numerosos refugiados griegos invadieron las afueras de la capital, huyendo de las tropas kemalistas, y ha sido menester pedir á las comarcas próximas víveres, pues los refugiados carecen de todo alimento.

El jefe de las tropas de ocupación ha tenido también que pedir con urgencia médicos y medicinas, pues reina en Esmirna una epidemia general de tifus y de peste.

La población de Esmirna está relativamente tranquila, aunque constituye un grave problema la presencia de millares de refugiados que han llegado del interior.

El Comité de Socorros americano ha ofrecido ayuda, y, para prestarla, ha salido para Esmirna, desde Constantino-pla, un contratorpedero americano, con personal médico, víveres, ropas y material de urgencia. También han acudido algunos vapores ingleses.

Actualmente se hallan en aquellas aguas muchas fuerzas aliadas, entre ellas, la mayor parte de la flota británica del Mediterráneo y de la escuadra francesa de dicho mar.

Estudios de Medicina legal.—Una Real orden del Ministerio de Instrucción publicada en la *Gaceta* del día 10, dispone que al médico director de la sección de Autopsias del Instituto de Medicina legal de la Universidad Central, D. Manuel Pérez de Petinto, se le nombre delegado oficial de este Ministerio para estudiar en el extranjero los métodos de conservación de cadáveres y piezas anatómicas, técnicas y organización de los servicios de autopsias, con la asignación de 2.000 pesetas.

VI Congreso Internacional de Fisioterapia y Educación física.—El secretario general de este Congreso, doctor Bartrina Corta, ha dado en los últimos días una conferencia en el Colegio de Médicos sobre la importancia social y científica que se debe conceder en España á la educación física.

Fué muy felicitado el conferenciante al final de su disertación, en la que demostró sus muchos conocimientos en la materia.

En números sucesivos publicaremos las bases del Congreso y la relación de temas y comunicaciones ya recibidas.

Vacante.—Por defunción del que la desempeñaba, se anuncia para provisión urgente la de farmacéutico del partido de Horcajo de la Sierra (Madrid), con la dotación mínima y garantizada de 4.500 pesetas por las iguales de 200 vecinos y las titulares.

Regular rendimiento por despacho libre y específicos, escaso trabajo y servicio diario de automóviles á la capital.

Hay Farmacia instalada que se cede en inmejorable condiciones y con muy fácil pago.

Solicitudes con urgencia al señor alcalde de Horcajo de la Sierra (Madrid), por Buitrago.

Excipiente inerte.—La Ciencia y la profesión de los abogados se complace en sustituir las entidades y los seres naturales, por otros creados artificial y artificiosamente por ellos: la Naturaleza, por la *escenografía*; la flor natural de la verdad positiva, por la flor artificial y contrahecha del sofisma y de la argucia.

(Ich.)

Conciencia nunca dormida,
Mudo y pertinaz testigo
Que no dejas sin castigo
Ningún crimen en la vida.

(Núñez de Arce.)

Quinarfer.—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio y Farmacia Americana, de Madrid (Carrera de San Gerónimo, 1), cuya lectura recomendamos.

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente por la
A. G. P. para EL SIGLO MEDICO.

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