

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. ANALIO SIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑON Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	E. NAVARRO CANOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	E. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. PASQUAL Y RUS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	

PROGRAMA CIENTIFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Las Higias, por el Dr. Martínez Vargas.—La adrenalina como base del tratamiento general en las quemaduras, por Arsenio Plaza.—Sobre un caso de ántrax en un diabético, por el Dr. Carlos A. Vago.—Revista general de los progresos en la tuberculosis.—Curso de conferencias sobre enfermedades del aparato digestivo en la infancia, organizado por la Sociedad Española de Pediatría.—Bibliografía.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Damián Carlán.—Asamblea Nacional sobre Seguro de enfermedad, invalidez y maternidad.—De interés profesional, por el Dr. Hernández Masip.—La socialización de la Medicina y los médicos rurales, por Fidelio Herrera.—Paseos de un solitario, por Carlos María Cortezo.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

LAS HIGIAS

FOR FL

DR. MARTÍNEZ VARGAS

He usado por vez primera esta palabra en la *Séptima fiesta anual de la infancia*, en Barbastro, el 17 de Septiembre de 1922. Higia quiere decir sacerdotisa de la Higiene. Con este título designo á las mujeres encargadas de llevar al hogar doméstico los beneficios de la ciencia higiénica por medio de la propaganda verbal y práctica. Son como textos vivos. La experiencia ha demostrado que entre las diversas causas de mortalidad infantil destacan dos, que son á su vez el compendio de todas ellas: la ignorancia y la miseria.

De estas dos, la primera es la mayor responsable del daño que sufre el valor vital de las naciones. Porque la otra, la miseria, va hallando remedio en ese sentimiento de caridad ó de altruismo que el espíritu cristiano ha difundido entre las multitudes. La beneficencia ó la asistencia públicas atienden en todos los países, desde la alta jerarquía del Estado ó desde las filas gregarias individuales, á esas necesidades más apremiantes de los menesterosos, ya en los establecimientos oficiales, ya en las visitas domiciliarias, ya en la dádiva callejera, la cual, por ser limosna, lleva consigo un sello de envilecimiento y tiene además el inconveniente de fomentar la mendicidad y la vagancia. Pero este factor

benéfico tiene en nuestro país un grave inconveniente, á saber: la falta de organización racional. Es evidente que la dispersión de recursos y de iniciativas propende á una distribución desordenada, irregular, por la cual, mientras unos pueden recibir con exceso y superabundancia los socorros, otros pueden quedar sin ellos ó recibirlos en grado insuficiente. Y la represión de la mendicidad, dictada por nuestra ley, no llega á desterrarla, como lo prueba ese espectáculo diario de nuestras calles ó de los atrios de nuestras iglesias, donde los viandantes, especialmente las señoras, son asediados por esos pordioseros que exhiben estudiadamente sus lacras, por un enjambre de niños lanzados al asalto por padres ó padrinos que los azuzan para explotarlos en una industria vil, ó por adultos de repulsivo aspecto que se imponen por su amenazadora traza. Y en este légamo social, ni los pedigüenos mayores se enmiendan, ni los menores se redimen con un trabajo honrado y remunerador. Así la lacra social se perpetúa, á través de los siglos, á pesar de aquellas previsoras medidas que desde el siglo XIII había instituido el reino de Aragón con su célebre y eficaz organismo del Padre de Huérfanos. Es hora de que en la Beneficencia española se organice el mando único, de que se agrupen, en un solo centro, los recursos é iniciativas del Estado y de los particulares, para distribuir el socorro equitativamente y extirpar el vicio de la vagancia y de la corrupción infantil, fácilmente evitable; así la pobreza

vergonzante inevitable obtendría el necesario subsidio, y la pereza crónica, el correctivo eficaz. El gobernante que sea capaz de concentrar esos esfuerzos y encauzar la distribución, además de realizar un beneficio positivo y eficaz, extirparía de raíz vicios nacionales que redundarían en provecho y dignificación del país. Pero esto no se logrará por la ley escrita, que nuestras leyes suelen contener la suficiente capacidad, sino por una acción perseverante, por un ejecutor vigilante é inflexible.

De esta suerte la miseria quedaría anulada como factor de mortalidad y de morbilidad, asunto de mayor importancia hoy que nunca, al tratarse de implantar el seguro de enfermedad, de invalidez y de maternidad.

El otro factor, la ignorancia, es en mi opinión de mayor alcance. Porque así como la miseria comprende á un grupo social, la ignorancia abarca é influye sobre todas las clases sociales; en este punto, ricos y pobres, desde la más alta y opulenta familia á la más modesta entre las obreras, la falta de una noción exacta de la higiene produce perturbaciones, estragos que se traducen en enfermedades y sufrimientos que, además de hacer penosa y estéril la vida, elevan intensamente el contingente de la muerte.

Desde la defectuosa ó mala disposición alimenticia del niño, hasta el abusivo ó escaso alimento del adulto, desde el torpe uso de los abrigo por riqueza ó por penuria, como las pieles en verano y los desgarrones de los vestidos en invierno, desde la viciosa disposición de la vivienda, por lujosa ó por paupérrima, hasta el menagado disfrute del reposo y sueño reparadores, el desgaste de la tensión nerviosa, el abandono del aseo y la intoxicación voluntaria, no parece sino que el hombre, afanoso de adquirir y acumular un capital metálico, se hace pródigo en derrochar el capital más preciado, el de la salud, que es la primordial fuente y disfrute de todos los goces, base única del progreso y de la prosperidad nacional. Por esta ignorancia, las madres sacrifican el más rico de sus tesoros, haciéndose verdugos de sus hijos, y los adultos se lanzan á un inconsciente suicidio. Así la mortalidad infantil y la general adquieren cifras aterradoras que son escarnio de la civilización y merma de la vitalidad nacional.

Para combatir esta ignorancia se han realizado esfuerzos y propagandas procedentes de la iniciativa particular, preferentemente del campo médico. Y se comprende que así sea, porque esa es la fase experimental por que ha de pasar todo progreso; el Estado se encarga después cuando tiene materia de estudio, de coordinar las iniciativas particulares y de adaptarlas, por ley, á la colectividad, en beneficio de sus súbditos.

Respondiendo á esas iniciativas los ingenieros han creado la ingeniería sanitaria, que constituye una nueva especialidad muy útil para la conservación de la salud, precisamente en el factor vivienda, que es donde el hombre pasa la mitad ó más de su vida.

Para disminuir esa ignorancia, yo instituí en Lérida (1) en 1906 unas *Pólizas de protección infantil*, y en

ellas, junto al premio que debía darse al niño, se consignaban unas cuantas máximas acerca de lo que *debe hacerse* y de lo que *no debe hacerse con el niño*. Tendía de este modo á desterrar del pensamiento de las madres ese conjunto de máximas y de prácticas perniciosas, que tanto daño han causado á la prole.

Perseverando en este procedimiento organicé las conferencias de *Maternología* en las escuelas de niñas. Inauguré un cursillo de éstas en 1904 y lo he repetido algunos años después. Era triste educar á las niñas y señoritas en varias materias de dudosa aplicación y dejarlas horas de esa instrucción que habían menester en grado máximo el día que lleguen á ser madres. Así se han causado tantos daños á los niños en el hogar desde la primera infancia; así ha subido tanto la mortalidad.

Y para aumentar la eficacia de la propaganda ideé otro procedimiento, el que he puesto en práctica al fundar el *Instituto Nipiológico de Barbastro*. El secreto de su eficacia reside en atraer á las madres mediante premios en metálico, dádivas de ropas, harinas alimenticias, leche y medicamentos, para que asistan regularmente al Instituto; allí reciben insensiblemente la instrucción necesaria. Con ella la disminución de la mortalidad, y dicho se está que de la morbilidad también, fué y es un hecho inmediato: antes de 1916 morían por año en aquella ciudad alto-aragonesa, de 90 á 96 niños, de cero á cinco años; el primer año de funcionar el Instituto murieron sólo 46, la mitad; al año siguiente y sucesivos, murieron 22, 25. El último año de 1921-22, no obstante el aumento de población y una epidemia, han fallecido sólo 30. El descenso de la mortalidad ha sido de más de las dos terceras partes.

El examen de la estadística oficial demuestra que durante los meses de Diciembre de 1921 y Agosto de 1922, no ha ocurrido una sola defunción; en el de Octubre de 1921 murieron cuatro niños y cuatro niñas, efecto de una epidemia. En Mayo, sólo murió una niña; en Junio, dos niños; esto y el estudio de la causa de la enfermedad demuestran que las enfermedades digestivas han dejado de ser el agente más destructor, una vez suprimidos los alimentos incorrectos.

Pero hay más todavía; la beneficiosa influencia de estas propagandas se demuestra con los siguientes hechos: de un centenar de niños que he examinado al hacer la selección para otorgarles los premios, he podido observar la esmerada limpieza de casi todos los niños, pues sólo tres de éstos presentaban la *costra tística* en su cabeza, y ¡hecho sorprendente! tan solo dos presentaban huellas de un raquitismo activo, siendo así que anteriormente se advertía este morbo en las dos terceras partes de los asistentes. La observancia de las reglas alimenticias higiénicas, el término de una alimentación prematura, han operado esta sorprendente supresión del raquitismo que tantos estragos evitables produce en la grey infantil.

La instrucción materna por medio de este Instituto ha transcendido á otros sectores sociales, ha despertado sentimientos altruistas en adolescentes que por la vehemencia juvenil no paraban mientes en la cooperación social, y en personas adultas, que muy interesa-

(1) Nuestras madres y el engrandecimiento patrio.—Conferencia.

das personalmente en el valor individual de los hijos, y muy amantes de cada uno de los suyos, desconocían el interés del conjunto, el valor social de la infancia robusta y sana. Por esto les han interesado los beneficios obtenidos con esta obra tutelar de la niñez, y en vez de ser mirada, como hasta ahora, con cierta indiferencia, por ser la obra personal de un hombre, ha pasado á ser una institución ciudadana; interesada en ella toda la ciudad, aumentarán, sin duda, sus beneficios.

Holgárame mucho con que en cada municipio de España se creara un *negociado de paidofilia*, que atendiera particularmente á la protección de sus niños; con ello, conservando vidas, evitando muertes, se aumentaría el contingente ciudadano de la nación.

Para desterrar la ignorancia materna, todavía existe otro procedimiento: el que hemos propuesto este año en la misma ciudad de Barbastro; la institución de *Las Higias*. Llamadas por otro nombre y en el extranjero *Visitadoras*, entiendo que este vocablo tan vago, tan difuso, debe ser substituído por aquél, más preciso, más expresivo. Su función es la de mayor utilidad.

Cuando á pesar de los atractivos dichos, queda alguna madre rehacia que por dificultades de tiempo ó por incompreensión ó por pereza no puede asistir al Instituto para recibir los consejos necesarios de prevención ó para asistir á su hijo, ya enfermo, va á su domicilio el Instituto, va éste hacia ella enviándole una *higia*, quien por similitud de sexo y por la dulzura sugestiva femenina, hallará menos dificultades para disponer higiénicamente la vivienda, para organizar su vida con arreglo á las normas higiénicas, para orientarle acerca de sus necesidades é indicarle los centros á que debe recurrir, ó donde hallar el auxilio que haya menester. Cuando nace un niño, y aun antes de nacer éste, el requerimiento hecho por la familia ó por el Registro civil, motiva la visita de la higia á la casa, y allí la experiencia personal de aquélla, y en defecto de ésta, la lectura de los textos é instrucciones correspondientes, con comentarios sencillos y ejemplos adaptados á la cultura de la madre, la irá informando, visita por visita, de lo que debe hacerse, de la alimentación, de las pesadas, de la vacunación, de los paseos, de todo cuanto se relacione con la protección y el más sólido desarrollo del niño.

Producto de las propagandas higiénicas fué la promulgación de la *ley de Reposo*, que impone al patrono la obligación de pagar durante ocho semanas á la obrera que va á ser madre su jornal íntegro, para que pueda descansar las cuatro últimas semanas del embarazo y atender debidamente al parto, y las cuatro inmediatas al nacimiento para favorecer el desarrollo de la lactancia y cuidar al hijo, todo el primer mes, la época más frágil de su vida. El complemento de esta obra de previsión y defensa de la maternidad y natalidad está en la visitadora, en la higia.

Una maternidad y niñez sanas constituyen la base más sólida de la salud y robustez nacional. Los peligros de la maternidad, los comienzos de un embarazo coincidente con un trabajo rudo hasta el último momento y con privaciones é infecciones diversas, se

acrecientan en el momento del parto y en los días del puerperio. La muerte de las madres, ó su incapacidad de por vida, y la mortinatalidad, tienen con ese período una relación estrecha. Moriría un número menor de madres, y se rescataría la vida de muchos recién nacidos, si fuera posible llevar al hogar, sobre todo en el campo, en los distritos rurales, la acción práctica de la higiene y de la previsión; este es precisamente el papel peculiar de la higia.

Para atender debidamente á la *Maternidad* se llevará una lista de las mujeres de la ciudad ó de la comarca que se hallen encinta, y la higia las visitará en su casa cada quince días hasta el séptimo mes, cada ocho en el octavo y noveno; averiguará la higia si la madre está ó no inscrita para ingresar en alguna clínica, y si ha de dar á luz en su domicilio, dispondrá la vivienda del modo más conveniente, auscultará con frecuencia los latidos del corazón del feto, procurará que sea examinada por un especialista para que dé los consejos adaptados al caso, analizará la orina, recomendará las irrigaciones, los baños, y dispondrá lo preciso para el parto. Infundirá en el ánimo de la mujer todas las nociones que le dicte su experiencia, ó si no, le leerá un epítome con lo relativo á la higiene del embarazo y al parto.

En pleno puerperio la visita de la higia debe ser diaria, para anotar todos los incidentes del caso, dirigir la alimentación del recién nacido, su limpieza, anotar su peso y atender á todas las exigencias de la madre y del niño.

Con objeto de facilitar la asistencia á la madre púérpera se ha organizado en el extranjero la «Liga de las pequeñas madres». Estas *madrecitas* prestan un concurso valioso, no obstante su tierna edad. Son niñas de doce á catorce años que se inscriben en la oficina correspondiente antes de terminar su período escolar, y que, no obstante esto, conocen bien cuál debe ser el peso del niño, cómo se le lava, se le viste y se le peina, cuál es el influjo del sol, del aire libre, de la limpieza, del sueño tranquilo, cuáles las cualidades de la leche buena; en fin, todo lo indispensable para aliviar á la madre en la crianza de su hijo.

De este modo se establece una red de servicio que empezando en el médico, como poseedor de la noción científica, va extendiéndose por las higias profesionales y sus auxiliares.

Una vez regularizada la lactancia, repuesta la madre del alumbramiento y pasado el primer mes, volverá á su trabajo ordinario; durante las horas de éste la obrera podrá utilizar en la fábrica salas donde se cuide su hijo, desde su entrada hasta la salida del taller, ó también de centros, de parques infantiles, donde se le guarde y eduque durante las horas que ha de permanecer fuera de su casa. Dada la diversidad de las ocupaciones de la mujer y las exigencias del trabajo, á fin de evitar los daños y traumatismos que los niños reciben en la vía pública, donde vagabundean y donde adquieren además hábitos perversos por los malos ejemplos, todos estos niños deberían ser recogidos, á falta de parques adecuados, de centros oficiales, en los

solares pendientes de edificación y vigilados por higias ó por señoritas del barrio que quisieran ocupar parte de su tiempo en esta noble tarea.

La influencia de la higia llega hasta el *período escolar*. Debe ser la escuela centro de difusión de las prácticas y de las reglas higiénicas. En ella coinciden los deberes de los padres, de los Ayuntamientos, de las Diputaciones, del Estado y de las asociaciones particulares, de la nación, en fin, respecto de la protección infantil. El auxilio recíproco y sincero de las autoridades y de los particulares puede reducir el número de las enfermedades infecciosas, evitar las epidemias escolares y otras causas de fatiga ó de enfermedad. La higia establecerá la relación entre la escuela y el hogar. Ella servirá de lazo de unión entre los maestros, los higienistas, los médicos, las familias y las autoridades. Será además el brazo de la higiene escolar; ella apreciará los pequeños trastornos de cada niño, y será la encargada de dar los primeros avisos al médico, tanto para evitar las epidemias, como esas deformidades y molestias que sufren los niños por las posiciones viciosas, por la falta de luz, de ventilación de las escuelas. Vigilará á su vez el cumplimiento de las órdenes facultativas sobre la higiene de la vivienda del escolar, la medición del peso y de la estatura, la limpieza bucal y dentaria, esto es, esos pequeños menesteres que no pueden ser vigilados por el maestro ni por el médico.

La experiencia ha demostrado que entre la visita distanciada del médico y la repetida de la higia, es ésta más beneficiosa; la frecuencia suple á la mayor capacidad.

Uno de los cuidados preferentes ha de ser la apreciación pronta de la tuberculosis; la mera sospecha despertará la previsión para evitar todo contagio.

La intervención de la higia servirá por fin para evitar la deserción de los niños de la escuela; ya que la instrucción es obligatoria, es forzoso que el niño asista á aquella sin interrupción, salvo el impedimento de una enfermedad ó de un motivo muy justificado; y los padres negligentes que en vez de obligar á sus hijos les inducen ó contribuyen á que huyan de la escuela, deben sufrir una sanción.

Con el período escolar termina la intervención de la higia.

Acordada la creación de las higias, debería procurarse su instrucción; entiendo que hay en España un grupo de titulares suficientemente instruidos para llenar esta misión; es el grupo de practicantes y comadronas que han cursado dos años de estudios y sufrido los exámenes y reválida correspondientes para adquirir un título; faltaríales únicamente ampliar su instrucción especializándola. Y mientras, desarrollaría un gran recurso concretándose á leer en el hogar visitado epítomes de puericultura que podrían redactarse en breve plazo.

En relación con las higias, cada Municipio debería organizar una oficina adecuada, á cargo de un médico especialista en nipiología. Sería el Centro adonde afluyeran los avisos y peticiones y de donde partieran las órdenes y medidas de protección. Relacionado con el

Registro civil, se establecería la historia biológica (*ficha*) de cada niño. Sería además *Consultorio y Escuela de madres, Dispensario, Gota de leche*. Cuando las madres no pudieran concurrir al Centro, éste les enviaría la higia, que transmitiría su acción y la ampliaría.

En cada negociado municipal de éstos, se dispondría del material técnico necesario. Tendría además biblioteca para libros, folletos, revistas, circulares, instrucciones, mapas, diagramas, cintas cinematográficas, y dispondría de cátedras ambulantes, equipos docentes que fueran difundiendo la cultura, desterrando la ignorancia. Para aumentar su eficacia arbitraria dispondría de medios rápidos de transporte.

Este Centro estará en relación directa con Casas de aislamiento, donde llevar los enfermitos infecciosos; ó al revés, los sanos que han de apartarse del domicilio infectado, con sanatorios, con escuelas al aire libre, campestres, con los tribunales de niños, con todo cuanto pudiera servir estas exigencias, de la maternidad y de la tutela de la infancia.

Para terminar, esta organización municipal formaría parte integrante y básica de un Centro provincial, de otro regional y, por último, unidos todos estos en un Centro único; bajo la responsabilidad de un director, España podría tener una noción exacta y detallada de la Biología nacional, encauzaría el desarrollo físico de los niños y realzaría el vigor de la raza en breve tiempo.

La adrenalina como base del tratamiento general en las quemaduras

POR

ARSENIO PLAZA

Sea cual fuere el origen de las quemaduras y su grado de intensidad, es cierto que éstas son tanto más graves cuanto más profundas son y cuanta mayor extensión ocupen del cuerpo humano.

El axioma de que la gravedad de las quemaduras, aun en aquellas de primer grado en que, como sabemos, la lesión está constituida por el eritema según la clasificación de Dupuytren, está en razón directa de su mayor extensión, es evidente y lo corroboran los innumerables casos clínicos en que el perito médico tiene que intervenir teniendo que sostener una lucha titánica para tonificar aquel organismo y arrebatarse una vida á la muerte, que sabido es bien frecuente por uno de los tres mecanismos que la explican y especialmente cuando como sucede en las quemaduras poco profundas pero muy extensas, hay gasto excesivo de sensibilidad nerviosa, que como decía Dupuytren, puede matar, como una pérdida excesiva de sangre en las hemorragias.

El dolor, uno de los primeros síntomas de las quemaduras, llega á ser tan intenso que determina el agotamiento del individuo ocasionando la muerte. Este es, pues, el origen ó explicación de la muerte por shock en las quemaduras; de ahí el uso constante de los siguientes remedios terapéuticos: tónicos y analgésicos.

¿Pero es ésto bastante? Creo que no, y lo afirmo por cuanto se olvidan principios fisiológicos sumamente importantes que, á juicio mío, hay que tener muy en cuenta en las quemaduras, sea cual fuere, como digo, el grado de las mismas; ya que resultan insuficientes los medios empleados: balneación caliente continua, vaselina boricada con adición de iodoformo y antipirina, ambrina, alcohol, cafeína, etc., etc.

Y no digo nada del ácido pícrico en solución al 12 por 1.000 por cuanto, y aun reconociendo sus inmensas ventajas, su acción es meramente queratolítica.

El tratamiento hay que supeditarle al principio fisiológico; esto es, que deben ir á la par; de ahí el medio racional de los analgésicos para combatir el dolor, los antipiréticos para la fiebre, etc., etc., pues esto es lo que debe hacerse en las quemaduras; buscar los remedios que luchen con ventaja contra los trastornos que determinaron los agentes que actuaron sobre la superficie cutánea del cuerpo humano de manera directa ó á distancia.

Es racional y científico cuanto se vino haciendo en el tratamiento de las quemaduras, pero se olvidó que en terapéutica existe un principio importante que está llamado á reportar grandes beneficios, como lo corroboran *tres casos clínicos* en que no obstante su gran extensión curaron perfectamente por los medios empleados y cuyo estado general mejoró notablemente y de forma rapidísima así que comencé á usar ese medicamento tan precioso llamado adrenalina; siendo tanto más de llamar la atención por cuanto el segundo de los casos (hoy hace exactamente cinco años del suceso), y al noveno día de tratamiento, empeoró súbitamente, lo que coincidió con la supresión de la adrenalina, por haber roto la madre el frasco que la contenía, y al reanudarse el tratamiento á los tres días, se inicia la mejoría nuevamente sin otro contratiempo que la evolución lenta de la cicatrización.

Es sabido que la muerte en las quemaduras se explica por estos tres mecanismos: a) papel ó influencia del shock nervioso; b) influencia de las alteraciones de la sangre, y c) papel ó influencia de la intoxicación.

Examinando dichas teorías y esencialmente la primera, es decir, aquella en que juega papel primordial el shock, veremos la gran ventaja que hay que esperar de la adrenalina, hormona, única que en 1901 aisló Takamine, de Nueva York, de las glándulas que la producen: las suprarrenales, y cuyas propiedades fueron estudiadas primero en América y después en Francia, por Moure, Brindel y Tribas.

Desde que Brown-Sequard inicia los primeros ensayos con extractos suprarrenales para mitigar los accidentes que originaba la ablación de las suprarrenales y que administró glándulas de esta especie en forma de injertos ó extractos, con lo que creyó tener una supervivencia visible en los descapsulados, originó serios trabajos de comprobación por parte de Abelous, Langlois y Tiroloux, que en principio admitieron el punto de vista del gran fisiólogo; pero con el descubrimiento por Takamine del principio activo de las glándulas suprarrenales entra el estudio referente á estas glándulas

y á su empleo en una nueva era, siendo numerosos los trabajos que aparecen de Foa y Pellacani referentes á la toxicidad de los extractos suprarrenales, las comprobaciones de Gluzinski y de Cybulsky y los no menos notables de Caussade, Swale Vincent, Alezais y Arnaud, Livon, Bouchar y Claude, Batella y Lepine, etcétera, etc.

Y así tenemos también los de Oliver, Schoefer, Cybulski y Scymonowicz acerca de la acción sobre la presión sanguínea; los de Batelli, Carnot, Josserand, etcétera, y los de Olivert y Schoefer sobre la acción sobre el corazón, y los no menos notables de Bordiet, Gerhardt, Carnot, Josserand, von Furt, Loeper, Bild y Reiner; y, finalmente, los de Olivert y Schoefer acerca de la acción vasoconstrictora de Patta y tantos otros, en que ponen de manifiesto la manera de actuar de este medio terapéutico en sus respectivas fases de toxicidad, aumento de la presión sanguínea y de la energía del corazón y fase vasoconstrictora.

En la muerte por shock en las quemaduras, es sabido que si la «excitación nerviosa determina por vía refleja una depresión de la tensión vascular; y si dicha hipotensión periférica repercute sobre el corazón, cuyas contracciones se hacen más frecuentes, por lo tanto más débiles, y cuya contractilidad se agota por este trabajo excesivo; y si paralelamente á esos trastornos circulatorios y por idéntica acción refleja, los movimientos respiratorios se aceleran y disminuyen de amplitud y siendo, pues, la hipotermia, lógica consecuencia de esa hipotensión», es evidente que el empleo de la adrenalina mejorará notablemente el estado del individuo que sufre de quemaduras, pues las propiedades que la caracterizan lo dicen claramente y en forma tan precisa, que su uso no puede admitir la más pequeña duda. Si, como digo, las propiedades de la adrenalina son esencialmente la vasoconstrictora y la hipertensiva, es indudable que su empleo ha de ser de gran eficacia en el tratamiento de las quemaduras; pues aumentando la tonicidad cardíaca, y por la hipertensión que la misma determina, evitará muchas muertes tan frecuentes en aquellos casos de quemaduras extensas por superficies que sean.

No hay que olvidar la importancia que muchos autores conceden á la adrenalina por su acción estimulante sobre el corazón y la diuresis que determina así que pasa la fase de constricción vascular, como igualmente el papel que juega sobre la nutrición estimulándola á la par que aumenta los cambios celulares.

Si la adrenalina ejerce, pues, efectos sorprendentes como tónico vascular en el colapso, shock y como tónico general en las afecciones nutritivas (Carnot) (1), hay que concederle gran importancia en el tratamiento de las quemaduras, pues como ayudan á probar tres excelentes ejemplos, los *tres casos graves, por mí tratados*, hay que sentar el principio de que su uso sistemático evitará muchos casos de muerte.

Y si á su vez inyectamos á la persona que sufre de quemaduras, anticuerpos en cantidad suficiente y lo

(1) Estudio fisicoquímico de las cápsulas suprarrenales, por el Dr. Emilio Fuertes.

más pronto posible, se comprenderá cómo aumentará el poder antitóxico del organismo y del por qué luchará con ventaja indiscutible sobre otro de los mecanismos de muerte en las quemaduras: contra la auto-intoxicación.

Torrelaguna, 16 de Agosto de 1922.

CLÍNICA TERAPÉUTICA

Sobre un caso de ántrax en un diabético

POR EL

DR. CARLOS A. VAGO

Practicante mayor interno del Hospital J. Ramos Mejía
(Buenos Aires).

El caso que motiva el presente artículo, se refiere al de un enfermo afectado de ántrax del cuello, tratado y curado por la medicación biológica esencial en el intervalo de un mes; espacio de tiempo relativamente corto, si se tiene en cuenta que el ántrax, siendo, como es, una complicación tan frecuente de la diabetes, comporta en estos enfermos un pronóstico grave; siendo, en este caso, además de dimensiones muy grandes, pues se extendía desde la nuca hasta casi la parte media de la espalda y de una á otra fosa supraclavicular, sin que se efectuara tratamiento quirúrgico de naturaleza alguna.

S. G., de sesenta y seis años de edad, de nacionalidad italiano, ingresa el 3 de Junio de 1922 á la sala 10 del Hospital Ramos Mejía, siendo su historia clínica la siguiente:

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Aparte de algunas afecciones que no tienen relación con su enfermedad actual, manifiesta haber padecido, según la descripción que hace el enfermo, de forúnculos en el antebrazo, hace como un año poco más ó menos, y hará unos quince días antes de la iniciación de esta enfermedad, de otro forúnculo en el cuello.

Hombre bien conformado, buena musculatura y buen panículo adiposo.

Reflejos.—Normales.

Pulmones.—Normales.

Hay ligera disnea objetiva.

Revela por su facies la sensación de dolor y malestar general.

Corazón.—Se percute en los límites normales; tonos sordos en todos los focos, ritmo normal.

Pulso.—Igual, regular, mediano, algo depresible.

Hígado.—Borde superior se percute al nivel de la quinta costilla; borde inferior á tres traveses de dedo por debajo del reborde costal; borde liso y doloroso.

Aorta.—Se palpa detrás de la horquilla.

Bazo.—No se palpa.

Abdomen.—Nada anormal.

Temperatura, 37°8; pulso, 106 por minuto.

Al día siguiente la temperatura asciende á 39°.

Examinada su lesión local, se nota en la parte posterior del cuello una tumefacción voluminosa, del ta-

maño de un puño, de color rojo oscuro, que circunscribe á una ulceración del tamaño de una moneda de dos centavos, de bordes bien delimitados, cortados á pico, de una profundidad de medio centímetro, de fondo francamente purulento. Todo esto asienta sobre una región edematosa comprendida entre ambas fosas supraclaviculares; edema duro rojo y doloroso, espontáneamente y á la presión, impidiendo en absoluto la movilización del cuello. Presionando alrededor de la ulceración fluye un exudado purulento, en gran cantidad, de color amarillo verdoso, muy espeso y bien ligado. Se hace un «frotis» con este pus y se observan numerosos polinucleares englobando estafilococos.

Un cultivo en agar produce también colonias de estafilococos.

Se efectúa un análisis de orina, comprobándose que contiene 32 por 100 de glucosa y acetona.

Se le instituye el régimen dietético de la diabetes; tónicos cardíacos, dermocclisis de suero fisiológico con adrenalina soluble al milésimo para combatir el estado adinámico intenso en que se encuentra el enfermo por su infección, administrándosele, además, haptinógeno estafilo como tratamiento de su lesión local.

Se repite al día siguiente la inyección de haptinógeno. Comprobándose tres días después una tendencia franca hacia la mejoría.

Se repite la inyección de haptinógeno, y varios días después el enfermo se encuentra más animado, la temperatura tiende á descender paulatinamente, lo mismo que la cantidad de glucosa de la orina. El nuevo examen del pus del ántrax, nos demuestra que éste se ha hecho más flúido y que se expulsa fácilmente por presión. La tumefacción se ha ulcerado en dos puntos distintos, mientras que la ulceración primitiva está en franca regresión, siendo su aspecto en conjunto, el de de una bolsa purulenta.

Continuamos inyectando en intervalos de días regulares haptinógeno estafilo hasta agotar por completo la supuración que obtenemos al cabo de un mes de tratamiento, quedando reducida á un ligero exudado seroso de color amarillento, por lo cual se le suspende el tratamiento haptinógeno, dejando al enfermo en observación hasta fines de Julio, que fué dado de alta curado.

Un mes después en la visita que hace el enfermo á fin de que se le instituya régimen para su diabetes, pude comprobar su perfecto estado de curación de su ántrax.

Buenos Aires, Septiembre de 1922.

Revista general de los progresos en la tuberculosis

El *Wiener Klin. Woch.*, del 2 de Noviembre de 1922, publica el siguiente trabajo del Dr. Weiss, especialista en enfermedades del aparato respiratorio:

Los trabajos de los últimos años en el campo de la tuberculosis penetran cada vez más en el esclarecimiento de cuestiones fundamentales. Con el descubrimiento del complejo primario por Ghon (1) y Albrecht (2) se dió el substratum anatómico, y con él la prueba exacta de la infección aeróge-

na, tan discutida durante largo tiempo. El bacilo tuberculoso penetra, en la mayoría de los casos, por las vías aéreas en los pulmones, y establece allí una enfermedad focal, que al principio es limitada en su extensión y tiene pocas manifestaciones inflamatorias y pocas, también, síntomas generales. Como ocurre en los infectados de sífilis, enferman, en relación con el foco pulmonar, los ganglios linfáticos regionales. Con esto se completa el primer estadio de la tuberculosis pulmonar. Como residuos de este primer foco se dan las calcificaciones del tejido pulmonar ó de los ganglios. Según Puhl (3), en la mayor parte de los casos de tuberculosis pulmonar se puede observar el complejo primario desde la infancia hasta la ancianidad. Sus caracteres son: 1.º Se encuentra de preferencia en la parte inferior del pulmón y suele elegir las capas subpleurales; 2.º Tiene poco tamaño y casi siempre es esférico; 3.º Está, al cabo del tiempo, calcificado; 4.º Se halla perfectamente limitado del resto del tejido pulmonar que parece sano; 5.º Los ganglios linfáticos regionales ofrecen perfectamente limitados grandes focos. Según Ranke (4), el foco infeccioso primitivo puede ser múltiple, porque la infección ha podido asentar al mismo tiempo en varios sitios. Puede también hacerse directamente visible en la piel ó en las mucosas. El foco infeccioso primitivo se acusa de ordinario únicamente por la enfermedad de los ganglios que son lesionados al propagarse la infección, y esta lesión es apreciable en las radiografías. La enfermedad tuberculosa puede terminar, en muchos casos, con el complejo primario cuando el tejido pulmonar y, particularmente, los ganglios linfáticos correspondientes, ofrecen una resistencia suficiente para destruir los gérmenes ó encapsularlos.

El complejo primario es raras veces objeto de nuestra actividad terapéutica. En general, el médico ve al tuberculoso solamente en el estadio secundario ó de generalización. El germen que no ha sido bastante cohibido en su desarrollo, causa la fusión de pulmón primeramente afecto ó del tejido ganglionar, y antes ó después llega á una irrupción en las vías sanguíneas ó linfáticas, ó á metástasis en los bronquios por aspiración (5). Al mismo tiempo ocurre una mayor inflamación en el contorno de foco infeccioso primitivo (inflamación perifocal). La tuberculosis se convierte así de enfermedad focal en general, y se hace manifiesta clínicamente. El paso de la tuberculosis del estadio primario al secundario se hace ostensible por un aumento de las manifestaciones inmunobiológicas, ante todo por la presentación de una reactividad evidente contra la tuberculina, que en el primer estadio falta ó es poco apreciable. En esta hipersensibilidad radica la susceptibilidad de los tuberculosos, en este estadio, á reaccionar, con fiebre y síntomas focales, ante pequeñas dosis subcutáneas de tuberculina, y el empleo, casi abandonado hoy, de la tuberculina con un fin diagnóstico. Más sencillas y menos peligrosas para el examen de la sensibilidad á la tuberculina, son las diferentes pruebas cutáneas, como la reacción de la punción (Escherich, Hamburger), la prueba cutánea (Pirquet), la prueba intracutánea (Mendel, Mantona), la prueba percutánea (Moro). Las expresiones anergia y alergia revelan la diversa sensibilidad que puede manifestarse en la reacción de la piel, ante la tuberculina, en los organismos sanos y en los infectados de tuberculosis. Hayek (6) divide la anergia en positiva y negativa, pues unas veces falta una reactividad por no haber tuberculosis ó haber sido vencida por completo la infección, y otras veces falta esta reactividad por el absoluto abatimiento de todas las fuerzas defensivas. La alergia, es decir, la clara respuesta de la piel á la tuberculina allí llevada, es un signo inmunobiológico del estadio secundario de la tuberculosis.

Ya aquí se presenta una cuestión esencial que ha sido discutida muchas veces. ¿Qué significa una reacción alérgica de la piel? En este estadio se observa que el organismo está en estado de cambio con el bacilo tuberculoso. Así dice Ohlen (7). La alergia es un estado que dura tanto cuanto existe en el organismo un bacilo activo. Según Salter (8) la alergia es un estado inflamatorio que ocurre por la alteración de las propiedades físico-químicas de los protoplasmas de las células á consecuencia de la acción de los bacilos tuberculosos vivos. Bacilos muertos ó materiales procedentes de ellos, no pueden producir ese cambio en el protoplasma de las células. Según Liebermeister (9) y Kraemer (10) la alergia es siempre el síntoma de una tuberculosis existente. M. Wolff opina que la tuberculosis demostrada por una reacción positiva de Pirquet puede siempre en un momento dado, volver á hacerse activa. F. Töplitz (11) dice: en tanto que, con cualquier método—y los más finos son, indudablemente, las pruebas inmunobiológicas—puede demostrarse la exteriorización de la tuberculosis, el hombre es todavía tuberculoso y la tuberculosis está curada cuando el paciente con una completa salud clínica, no reacciona ya á la tuberculina.

El concepto de la reacción alérgica de la piel como síntoma de una tuberculosis activa, es decir, en el sentido expuesto por los autores mencionados, ó sea, que se trata de una tuberculosis que todavía no está apagada y que, por lo tanto, puede en cualquier momento volver á hacerse manifiesta, es casi inatacable desde el punto de vista inmunobiológico. Si la alergia se establece, por el cambio, entre el organismo y el causante, si cesa es porque acaba este cambio (Kraemer, Liebermeister, Hayek). La investigación de la reacción alérgica adquiere importancia. Así juzgamos nosotros la prueba cutánea en la infancia. Hasta los cinco años de edad—y algunos médicos en muchos niños de más edad—una prueba de Pirquet positiva revela una tuberculosis activa. En los niños damos más fácilmente el diagnóstico de «tuberculosis activa» que en los adultos, porque según la experiencia recogida con los que están en la edad de la lactancia, infección tuberculosa y enfermedad pueden considerarse como sinónimas. Aunque, claro es, que ya en la infancia ocurren algunas raras excepciones á esta regla, en edades más avanzadas de la misma infancia no puede admitirse la sinonimia antes expuesta, pero á pesar de todo, la tuberculosis asegurada de este modo, nos parece en estos casos (niños) necesitada de tratamiento. No puede admirar que muchos autores reclamen la aplicación del mismo principio también á los adultos, aunque puede confesarse que en algunos casos la tuberculosis ha curado sin nuestro auxilio. Si quisiéramos escoger un campo en esta lucha de opiniones, hay que confesar que aquellos autores que reconocen en una prueba cutánea evidente una tuberculosis todavía no terminada y, por consiguiente, necesitada de tratamiento, representan la opinión más consecuente. Si existiese un medio para destruir de un modo permanente en el cuerpo los bacilos de la tuberculosis (y este medio creen Liebermeister, Hayek, Kraemer, Aöplitz y otros es la tuberculina), no se debería privar el tratamiento con este medio á ninguna persona que reaccione positivamente á la tuberculina, aunque hubiera el peligro de que en algún caso este tratamiento resultara superfluo. Pero desgraciadamente, no hemos llegado todavía á poder responder con toda seguridad en el tema trascendental del tratamiento de la infección tuberculosa por medio de la tuberculina.

Es de esperar que las observaciones de los próximos años dan una solución á este tema. Pero ya me parece muy esencial que poseamos en la prueba cutánea un medio diagnóstico—análogo á la reacción de Wassermann—para decidirnos con seguridad sobre la posible existencia de una infección

tuberculosa, ó su incompleta curación, y en unión con los otros síntomas y por el modo como tiene lugar la reacción, podemos obtener una imagen completa del caso dado. Aumentan las afirmaciones [Kraemer, Obemdorfer] (12) de que en los encuentros de las autopsias de Naegeli y Burghardt en los enfermos de los hospitales y en los datos obtenidos durante la vacunación del proletariado de las grandes ciudades, la impregnación de la tuberculosis no es tan universal como se había asegurado, y que aunque en pequeño número, hay hombres que permanecen libres de este azote. Así opina también Kleinschmidt (13) que, aunque la doctrina del aumento en la frecuencia de la infección tuberculosa todavía no ha sido invalidada por las nuevas investigaciones, no se puede dudar de que un cierto, aunque pequeño, tanto por ciento de los hombres, entra entre nosotros en la edad adulta, libre de tuberculosis. En cada caso puede ser de importancia comprobar la ausencia de tuberculosis, porque asegurar su existencia puede tener una significación transcendental. Esto no sólo en lo que á los niños se refiere, sino también en lo que á los adultos hace relación.

Casi todas las pruebas diagnósticas propuestas han sido empleadas. En la Sociedad de Médicos de Zurich planteó y discutió la Feer (14) la cuestión. La prueba cutánea de Pirquet ha sido reconocida como el método de elección en frente de los otros. Rhonheimer da la prueba de Pirquet como insegura y recomienda sólo la prueba intracutánea primero con 0,1 miligramo, y en caso negativo, con un miligramo de tuberculina vieja y opina que estas dos pruebas proporcionan una seguridad casi absoluta. Ultimamente Hamburger, discípulo de Widowitz (15), ha obtenido muy buenos resultados con la prueba percutánea de Moro, por él modificada. Limpia cuidadosamente la piel de la región superior del esternón con éter y frota en la piel así hiperemiada una tuberculina vieja concentrada. Yo mismo he abandonado desde hace años la prueba de Pirquet y sólo empleo la tuberculina con fin diagnóstico por la vía intracutánea. Un través de jeringuilla de una disolución al 1 por 1.000 = 0,1 miligramo, de tuberculina vieja de Koch en los adultos y el décimo en los niños, es introducido intracutáneamente. En caso de ausencia de la prueba, que debe ser juzgada á las cuarenta y ocho horas, se deja pasar varios días y se inyecta un miligramo y en caso negativo hasta 10 miligramos de tuberculina vieja. La introducción intracutánea de la tuberculina tiene la ventaja de la exacta dosificación y la poca reacción comparada con el método subcutáneo. Puedo confirmar las afirmaciones de Petö (16) el cual, hablando de la tuberculino terapia intracutánea tan recomendada por Sahli (17), dice, según su propia experiencia, que este método de empleo de la tuberculina no produce reacción focal y reacción general ó fiebre sólo en los más raros casos. La prueba intracutánea diagnóstica puede servir en los casos positivos como punto de partida para el tratamiento por la tuberculina, pues con ella recogemos datos sobre la intensidad de la alergia cutánea y sobre otras manifestaciones reaccionales.

El cuadro que ofrece la tuberculosis en su estadio secundario puede ser muy variado. En los casos más ligeros, este cuadro, según Rankes, es el del principio de una tuberculosis crónica generalizada, unida al complejo primario que por la inflamación perifocal tan extendida ya es demostrable físicamente y hay alteraciones generales, como pérdida de peso, malestar, disminución de la turgencia de los tejidos y temperatura subfebril. Como signo de una siembra hematogena se pueden presentar tubérculos ó flictenas; como signos de la absorción de sustancias tóxicas, catarros específicos de las mucosas. En este estadio es muy grande el peligro de una siembra miliar. Si el cuerpo logra

dominar la generalización, de modo que no se llegue á una tuberculosis miliar generalizada, se establece el conocido cuadro de las tuberculosis múltiples de los ganglios, de los huesos y de las partes blandas con supuración y fusión. Ranke habla de una forma escrofulosa de la tuberculosis generalizada. Para ello es característica una hipersensibilidad específica muy acentuada.

Aunque la diseminación tuberculosa suele tener su punto de partida en la apertura del complejo primario, sin embargo, parece que el foco pulmonar primitivo no es influido de manera desfavorable por esta diseminación y la hipersensibilización que le acompaña. El proceso pulmonar suele, en tales casos, acallarse al parecer ó en realidad, muchas veces, hasta que cesa la defensa del organismo por la diseminación de los gérmenes de la enfermedad. Cuando acaba esta defensa, lo que suele ocurrir después de algunas semanas, por la disminución de las resistencias generales á la infección, pueden fundirse rápidamente los pulmones como los otros órganos enfermos.

Una fuerte alergia no siempre es la expresión de un buen pronóstico. Lo mismo que otros síntomas en la tuberculosis, sólo por su observación continuada se puede obtener un juicio que ofrezca valor; así, aun en la prueba cutánea es preciso un cierto tiempo de estudio del caso. Algunas veces, por ejemplo, en el principio de una siembra miliar se encuentra una hipersensibilidad que cesa muy pronto. En esta ocasión, la fuerza defensiva del organismo es muy pronto vencida durante la lucha con un enemigo poderoso; en otros casos se encuentra durante años y decenas de años, una fuerte reacción cutánea como signo de que el organismo conserva su fuerza defensiva.

La cuestión de la significación de los fenómenos alérgicos ha sido investigada experimentalmente por Karczag (18). Sus estudios en conejillos de Indias y en ratones blancos, confirman los datos logrados en las personas, que la alergia fuerte es, en general, de pronóstico más favorable que la débil. Pero también esta proposición necesita ser limitada, lo que es fácilmente comprensible después de lo antes dicho. Hay casos en los cuales, basándose en una fuerte alergia, se podría establecer un pronóstico favorable, y en los que el curso ulterior da un empeoramiento manifiesto. Los experimentos en los ratones albinos y en los pigmentados enseñan, según vió ya Kömer, que los albinos dan una reacción cutánea más fuerte que los oscuros ó los negros, con igualdad de infección. Pero que mientras en los albinos la alergia cutánea cesa pronto, en unión de un rápido empeoramiento del estado general, en los animales pigmentados se mantiene durante mucho más tiempo la misma altura inicial. Los animales blancos no poseen, según Karczag, la capacidad de utilizar de manera conveniente la gran energía de su fuerza defensiva. La gran alergia se extingue antes que la pequeña de los animales pigmentados. Por eso aquéllos ofrecen una mayor mortalidad que éstos. Es interesante el resultado de los experimentos sobre alergia; los factores no específicos que la disminuyen ó aumentan (igual en el hombre que en los animales de experimentación), disminuyen ó aumentan también la bondad del pronóstico. Disminuyen la alergia, la mala nutrición, la obscuridad, la gestación y grandes dosis de benzol. Aumentan la alergia, la buena nutrición, la luz, nada de benzol, y dosis medias de iodo-potásico. Para el iodo demostré ya en 1913 un efecto alérgico en el hombre (19).

Por el problema de la alergia volvemos á la división de la tuberculosis en estadios y seguimos de nuevo las investigaciones clásicas de Rankes. Mientras el estadio secundario se manifiesta por la inflamación en y alrededor del foco primario, en y alrededor de las metástasis, y por la sensibi-

lidad extraordinaria para la tuberculina engendrada en el propio organismo ó llevada á él desde fuera, nos encontramos al progresar la enfermedad cuando ha llegado el tercer estadio ó estadio final, que hay un apagamiento general de los fenómenos inflamatorios que ocurren en los tejidos. La enfermedad retrocede hacia algún órgano, este órgano es con frecuencia el pulmón por la debilidad de los tejidos que ofrecen un *locus minoris resistentiae*, y se manifiesta en forma más intensiva que extensa.

Son ahora muy raras las progresiones bruscas de la enfermedad, como las que ocurren en el estadio secundario, en la extensión lobular ó lobar y á pesar de la presencia de numerosos bacilos en los pulmones y hasta en la sangre (Liebermeister, Albertario) (20) casi nunca hay una siembra miliar. Aunque esto puede parecer paradójico teniendo en cuenta el carácter deletéreo de la enfermedad y la reducción de la reacción cutánea, existe una cierta inmunidad que caracteriza el estadio terciario de la tuberculosis: la tisis propiamente dicha.

Así se explica la acción más tóxica ahora que antes de la tuberculina formada en el cuerpo del enfermo ó administrada desde el exterior, porque tales enfermos toleran mal la tuberculina, aunque no se manifiesta una reacción apreciable en el sitio de administración de esta tuberculina.

La disminución ó la desaparición de la sensibilidad á la tuberculina que se manifiesta por la débil ó nula reacción cutánea en la tuberculosis abierta, es un mal signo pronóstico. Los bacilos pueden crecer sin límite, en estos casos, en los focos enfermos, porque parece que al organizarse la inflamación cesa la oposición activa de los tejidos que lesionan los bacilos. La labor de una terapéutica racional, ante todo debe elevar el estado general del cuerpo, por el reposo, la buena nutrición, la luz, la ligera, irritación general del organismo, dominando así el peligro de la anergia que amenaza. He ahí la obra que, desgraciadamente, no puede realizarse en muchos casos. Querer lograr el aumento de la capacidad de inflamación de los tejidos por la inmunización activa no puede lograrse en estas ocasiones sin el peligro de un exceso de dosis. En todo caso, la tuberculina sólo está indicada administrándola en la forma más suave y menos peligrosa. Acaso el tratamiento intracutáneo, que parece embota la toxicidad de la tuberculina antes de su entrada en la corriente circulatoria, pero que puede provocar en la piel una reacción excesiva, sea el método de elección de tratamiento. Es necesario dirigir los esfuerzos á conseguir la exaltación de la reacción cutánea, según lo reclaman la experiencia antigua y la moderna. Esto se logra de modo no específico por el amasamiento parcial, por la iluminación con luz solar ó de cuarzo y de modo específico por los métodos de tratamiento que en primer lugar afectan á la piel, como la fricción con tuberculina, el tratamiento intracutáneo y el método de escarificación según Ponndorf (21) El tratamiento del último consiste en practicar cortes superficiales en la piel y en hacer una fricción con una tuberculina que contiene todos los antígenos del bacilo. Este método ha aumentado sus partidarios durante los últimos años, y todos se manifiestan muy satisfechos. Acaso es la irritación de la piel como formadora de cuerpos defensivos específicos y no específicos, la que determina una acción particularmente fuerte y una reactividad mayor que en los casos ordinarios tratados por la terapéutica subcutánea. Acaso sean también las dosis más altas que pueden de este modo administrarse sin peligro, las que representen el momento útil.

Entre las cuestiones fundamentales que todavía esperan su resolución, se encuentra el modo de tratamiento por la tuberculina. Aquí están desde el principio de la era de la tu-

berculina, los alergistas enfrente de los anergistas. Los primeros quieren sensibilizar el enfermo, elevar su alergia ó por lo menos conservarla. Los últimos quieren continuar el tratamiento hasta hacer desaparecer por completo toda reactividad y opinan que así se vence la infección tuberculosa. Con Liebermeister y Hayek, Kraemen se resuelve por este modo terapéutico. No se puede decir todavía que estas afirmaciones de los anergistas hayan encontrado una acogida general en la terapéutica específica de la tuberculosis. Una gran parte de los fisiólogos se mantiene alejada de semejantes extremos. Lo seguro es, que con el método alérgico se obtiene en muchos casos un resultado que en ocasiones no se logra con el método anergésico. Ante sus fracasos, los anergistas dicen que tales casos no llegan al tratamiento bastante pronto y no han sido tratados con suficiente energía. Para los que están alejados de estas cuestiones no es fácil reunir dos opiniones tan opuestas. En esto se conoce lo alejados que nos encontramos en el campo de la tuberculosis de un esclarecimiento final.

Literatura.

- (1) El foco pulmonar primitivo en la tuberculosis del niño. Urban u. Schwarzenberg, 1912.—(2) Sobre tuberculosis en la infancia. W. kl. W. 1919.—(3) Sobre tisis pulmonar primaria y reinfectada. Med. Ges. Freiburg i. Br. 13/12. 1921 u. Deutsche med. Woch. 1922, núm. 8.—(4) Apuntes para el diagnóstico clínico de las formas de evolución de la tuberculosis humana. M. med. Woch. 1922, núm. 3.—(5) Grass y Scheidemandel tuberculosis curable primitiva y reinfectada y metástasis homógonas en los pulmones y su relación con la tisis terciaria. Klin. Woch. 1922, núm. 35.—(6) El problema de la tuberculosis. J. Springer, Berlín 1921.—(7) Terapéutica irritativa y tuberculosis. D. med. Woch. 1922, núm. 32.—(8) Significación de la alergia tuberculínica para el problema de la inflamación y la terapéutica proteínica. D. med. W. 1922, núm. 2.—(9) Tuberculosis. J. Springer, Berlín 1921.—(10) Beitr. z. Klin. d. Tuberk. 1922, Bd. 49, S. 239.—(11) Claridad. M. med. W. 1921, número 51.—(12) M. med. W. 1918, núm. 42.—(13) Curso anual de complemento para médicos. Juniheft 1922.—(14) Diagnóstico de la tuberculosis infantil. Ges. d. Aerzte in Zürich. 14 Juli 1921.—(15) Sobre una prueba percutánea de tuberculina modificada. M. med. W. 1922, núm. 7.—(16) W. med. Woch. 1921, núm. 50.—(17) Schweiz. med. Woch. 1920, número 27.—(18) Comunicación sobre la cuestión de la alergia. W. kl. W. 1922, número 35, und Brauers Beitr. z. Klin. d. Tub., Bd. 41, S. 1.—(19) Sobre la influencia de los procesos tuberculosos por la iodoterapia. W. m. W. 1913, núm. 29.—(20) Sobre los bacilos tuberculosos en la sangre circulante. Tuberculosis 1921, número 14.—(21) Curación de la tuberculosis por la vacunación cutánea. Weimar, 1921.

Curso de conferencias sobre enfermedades del aparato digestivo en la infancia, organizado por la Sociedad Española de Pediatría ⁽¹⁾.

CONFERENCIA DEL DOCTOR SUÑER

Voy á hablar de *diagnóstico* y de *pronóstico*. El primero, en la inmensa mayoría de los casos, no es difícil, no se confunde fácilmente la estenosis pilórica teniendo en cuenta el valor de todos los antecedentes expuestos y la significación de cada síntoma. Hay, sin embargo, una fuente posible de errores que se da en todos aquellos enfermos con trans-

(1) Véase el número anterior.

gresiones de régimen, por ejemplo, los sometidos á una lactancia artificial mal dirigida, ó los, por el contrario, alimentados deficientemente; esto es, en todos aquellos niños en los que se dan con mucha frecuencia los vómitos puede, en una observación un poco superficial, confundirse las causas de los mismos con las piloroestenosis.

Voy á tratar primero de los procesos más fáciles de diferenciar las dispepsias lo mismo de estómago que de intestino, y los trastornos digestivos que calificaré por el momento como gastroenteritis. La mayoría de estos estados no se establecen con la precocidad que ocurre en el piloroespasmo; en casi todos existe una larga época de diarrea, y los caracteres de las heces fecales permiten reconocer, por el estudio coprológico, sus condiciones dispépticas, ó el estado de infección del intestino. El vómito no se halla tampoco de una manera tan continua y fatal como en el síndrome pilórico. Los vómitos «por inanición», desde que Variot ha hablado de ellos, todos sabemos que existen, y hemos podido recoger algunos casos, pero en primer término he de decir que creo que el síndrome «vómito por inanición» ha sido un poco exagerado, y en segundo lugar, que siempre hay un factor etiológico: la insuficiente alimentación, y se puede ocurrir á este motivo de error, colocando al enfermo en condiciones adecuadas. Estos vómitos se pueden presentar muy pronto, pero generalmente no tanto ni son tan continuos, como los del piloroespasmo.

La «intolerancia para ciertas leches», es otro de los motivos que pueden dar confusión con el piloroespasmo. Quizás sea este el proceso que más fácilmente se equivoca, pero digámoslo claro: cuando se trata de lactancia natural, de la intolerancia para la leche de mujer, estos son hechos muy raros. No recuerdo en mi práctica haber visto, bajo el diagnóstico de «intolerancia para la leche de mujer», arriba de media docena de casos; en cambio, tengo recogidos más de ochenta de piloroespasmo. Es un hecho que en ciertas circunstancias y momentos, fijándose en un caso particular, con todas las condiciones favorables para el error, se puede llegar á padecer la equivocación, pero es lo cierto, que tiene tan poco valor para el diagnóstico la posibilidad de una tan remota confusión con la intolerancia para la leche de mujer, que no creo que ofrezca importancia bastante para descubrirlo demasiado en el diagnóstico diferencial.

Alguna dificultad puede haber entre el diagnóstico del piloroespasmo, y el del espasmo piloroduodenal, pero esto, que parece tener alguna transcendencia clínica, en realidad no la presenta, porque lo mismo evolucionan y se tratan médicamente y con la misma operatoria ó próximamente la misma ambas afecciones.

Los «vómitos habituales» de Marfan constituyen una entidad que no me convence. Creo que se trata de una variedad de espasmo, de la que se quiere hacer una entidad clínica particular, no siendo en realidad más que un piloroespasmo atenuado.

Para mí, éstos son los casos más importantes para el diagnóstico diferencial.

Como en todos los síndromes complejos, cuando nos fijamos en circunstancias individuales, particulares, podemos llegar á un error, pero en la inmensa mayoría de los casos, cuando se analiza este síndrome, y se sitúa al enfermo en condiciones de que desaparezcan ciertos motivos de error, como la hipoalimentación, me parece el diagnóstico relativamente fácil. No lo es tanto, en cambio, el diferencial entre una estenosis orgánica y otra funcional. Vemos que en manos de muchos clínicos, el reconocimiento del tumor pilórico fracasa muchas veces, y si esto sucede en manos experimentadas, es natural que en las de médicos generales

ocurra con más facilidad dicha equivocación; pero á mí me parece que lo importante es el diagnóstico de estenosis, y lo secundario relativamente el saber si es orgánica ó funcional.

El pronóstico es asunto muy difícil de suponer, porque el de la estenosis tiene un aspecto completamente personal, y según quien estudie el tema relacionado con el mismo, así se decidirá por el tratamiento médico ó quirúrgico, interviniendo en mucho el apasionamiento de médicos y cirujanos.

Las estadísticas dan cifras extraordinariamente diferentes según los que las manejan. Yo, aun cuando esto pudiera parecer una inmodestia, pues no quiero presentarme con auto ridad, que no tengo, he de hacer la siguiente afirmación:

Los hechos estudiados en mis 80 casos de estenosis, de los cuales historias clínicas completas, tengo 46 archivadas y registradas, y ya de bastantes años—de quince algunas—en las cuales he podido seguir la marcha hasta edades relativamente avanzadas, siendo el caso en que el comienzo fué más tardío de cinco semanas, y el que he perdido de vista más pronto de tres meses, habiendo más de ocho casos de niños á los que he tratado, y que hoy tienen cinco, seis ú ocho años; por ser el material clínico que yo tengo recogido en su mayor parte en una región pequeña, en donde es más fácil conocerse y tener informaciones más seguras, por lo cual tiene más valor lo que voy á decir; de esos 46 casos no tengo noticias de que se haya muerto por síndrome pilórico, más que uno, lo que da á mi estadística un poco más del 2 por 100 de mortalidad. Todos estos enfermos han sido sometidos á tratamiento médico, aun cuando de paso diré que doy al tratamiento médico un valor muy secundario. Sin tratamiento médico, he visto una serie de casos, por ejemplo, uno de los hermanos de estos niños que he traído, en los que cansada la familia, ha dejado toda terapéutica y los vómitos han cesado, como en los otros, á los nueve ó diez meses,

En un principio, cuando tenía poca experiencia clínica, venía yo imbuido por las lecturas de los peligros del piloroespasmo, lo cual me dió la tendencia, en los primeros enfermos que ví, de llevarlos á la operación, por el procedimiento de Mickulicz,—incisión longitudinal y luego sutura, convirtiendo la línea de incisión vertical en transversal—Debo decir que estos enfermos se operaron en condiciones muy precarias, sólo fueron tres ó cuatro á lo sumo, y había pretendido resolver el problema en ellos por el tratamiento médico, pero vomitaban cada vez más, se desnutrían y recomendé la operación. En los tres ó cuatro hice la piloroplastia y obtuve una mortalidad del 65 por 100, la misma que da Pfandler en sus estadísticas quirúrgicas. Este fracaso de la terapéutica quirúrgica, me indujo á no seguir por la vía del procedimiento operatorio, y desde entonces todos los enfermos de estenosis pilórica que á mí vienen los someto á diferentes tratamientos médicos y así reuno esa estadística de 46 casos, en los que he tenido una mortalidad escasamente superior al 2 por 100. El pronóstico está relacionado con la terapéutica que se emplee, y en principio creo que los procedimientos operatorios, como los de la piloroplastia gastroenteroanastomosis, de Loretta—divulsión del píloro,—dan una mortalidad muy grande.

Cuando se leen estadísticas como, por ejemplo, la de Koplik, que da un 50 por 100 de muertes, ó las de otros autores, como Garré, Wilms, Bokay, etc., que obtienen un 9,7 por 100, ó las aún mejores, que dan un 5 por 100, recuerdo un comentario de Heubner. Le relataban los beneficios de ciertas intervenciones en el píloro espasmo, y la disminución de aquellas estadísticas tan graves como eran las del 65 por 100 de muertes: él contestó: Obtenéis menos muertes que

antes; pero yo con mi tratamiento médico, estoy muy por debajo de vuestra mortalidad. Y yo digo lo mismo, estoy por debajo de las mejores estadísticas quirúrgicas. Claro, que se me podría hacer una *objeción*: Usted no sabe cuál es la suerte definitiva de muchos enfermos; es muy posible que en lugar del 2 por 100 que da, sea un 3, un 4, á lo sumo un 5, pero sé que las mejores estadísticas quirúrgicas, del procedimiento Mickulicz, Weber, Ramstedt, dan un 5 por 100, en los casos operados por Heile, en enfermos recogidos, la mayor parte al principio, con un estado de nutrición aceptable. Si Heile hubiera operado todos los casos, seguramente habría obtenido una cifra de muertes muy superior del 15 ó 20 por 100; ¡Quién sabe si más! Por tanto, si mi estadística es demasiado optimista y se la quiere aumentar hasta el 5, 6 ó 7 por 100 en la cifra de mortalidad, aun está muy por debajo de las obtenidas por los mejores operadores, sin que por ello quiera romper una lanza en contra de los procedimientos operatorios, cuyo porvenir será quizá muy diferente, cuando se estudie cada método y se fijen bien sus indicaciones. Esto no ha sido hecho, á mi juicio, de una manera terminante y sistemática; hay que profundizar el problema, y quizás así la operatoria sea beneficiosa, sobre todo cuando se haga mejor el diagnóstico.

El pronóstico de muerte no es el único que debemos examinar; hay que estudiar también el estado en que quedan los enfermos curados. Hay un hecho seguro y que en todas mis observaciones he comprobado: Los enfermos con síndrome estenosante de píloro, cuando curan de su sintomatología quedan de una manera inevitable en un estado de raquitismo. ¿Es que el raquitismo es una condición previa, una distrofia que ya existe? ¿Es que el raquitismo es originado por la desnutrición consecutiva al proceso? De una manera ó de otra, el hecho es que los enfermos quedan raquíticos, después de restablecerse, hasta que al cabo de tres, cuatro ó cinco años, presentan las condiciones de niños normales.

Voy ahora á hablar brevemente de la *patogenia de la estenosis*. Prescindo de algunas teorías, que no tienen más que un interés filosófico, y sin demostración posible, por ejemplo, la de Thomsson, que dice que la hipertrofia es resultado de la incoordinación de los movimientos de la musculatura del estómago, realizados por el feto en la vida intrauterina. Esto no resiste al menor argumento, ó la de Murray, que cree que la hipertrofia muscular representa el antro pilórico de ciertos desdentados. Voy únicamente á partir de fundamentos prácticos y probables. Es lo cierto, que en la inmensa mayoría de nuestros enfermos, probablemente en todos, existe el espasmo, salvo en los casos excepcionales de estrechez por desarrollo de tejido fibroso.

¿Cuál es el origen del espasmo? Para Finkelstein y otros autores, es un hecho desconocido, y, sin embargo, y esto es una apreciación personal, permitidme ese atrevimiento, yo creo que si Finkelstein no se encamina por el lado de la causa orgánica de la estenosis, nadie como él hubiese estado en condiciones de poder dar la patogenia del espasmo. Pero Finkelstein llegó á sugestionarse demasiado con la idea de una causa orgánica, de un obstáculo mecánico, y de aquí su concepción de la estenosis. Es raro que el hombre que creó la diátesis espasmófila no haya podido explicar el origen del espasmo.

Yo veo en el espasmo el origen que ya están encontrando todos ustedes. Es un cuarto síndrome que hay que añadir á la triada espasmófila de Finkelstein; tetania, eclampsia y laringoespasmo, por las razones siguientes:

1.^a El raquitismo se encuentra en los enfermos de píloroestenosis, es un raquitismo hereditario, y cuando hay

varios hermanos, es caso constante que en alguno de ellos haya un cuadro raquítico. Según Kassowitz, el raquitismo no es más que el terreno sobre el cual la diátesis espasmófila se desarrolla.

2.^a Coexistencia de otros síndromes espasmófilos, con las formas de píloroespasmo en el mismo enfermo ó en otros miembros de la familia. ¿Qué ejemplo más evidente que el niño que acabamos de ver, en el cual, cuando cesa el píloroespasmo, aparece de una manera casi instantánea el laringoespasmo? ¿No parece que hay una relación íntima de patogenia, de génesis, entre la supresión del espasmo del píloro, y la aparición del de laringe? A mi juicio, es este un hecho evidente, y este hecho se repite, claro que no en la proporción del raquitismo, pero en mis casos llega hasta el 15 por 100, de síndromes espasmófilos asociados de diversas formas con el píloroespasmo.

Tengo como síntesis de este concepto patogénico, la opinión formada de que el píloroespasmo no es más que un síndrome que añadir al cuadro de la espasmofilia, constituyendo, por lo tanto, la tetrada de tetania, eclampsia, laringo y píloroespasmo.

Terapéutica. La dividiremos en médica y quirúrgica. La médica debe basarse: 1.^o en la dietética; 2.^o, en el tratamiento físico y farmacológico.

La dietética es un hecho de absoluta utilidad. La mayoría de los enfermos con píloroespasmo, mejoran cuando se les somete á un buen régimen de alimentación. El ideal es la lactancia materna, y después, de nodriza. Es la lactancia natural la que debemos procurar, pero cuando estos trastornos se dan en los sujetos que están sometidos á lactancia materna, ó á lactancia por nodriza, debemos ver si se comete alguna transgresión ó falta en esta lactancia, y cuando estemos convencidos de que así no se hace, aplicaremos algún remedio racional, y si el niño mama cada dos horas y vomita, lo natural es, sabiendo que la leche queda mucho tiempo en el estómago, que se espacien las tetadas, para dar lugar á transformarse la leche. Ibrahim llega á recomendar en los casos rebeldes, que se dé la leche de mujer, fría, en pequeña proporción, y cuando los casos son muy tenaces, cada cuatro horas.

¿La dietética influye de un modo específico? No. Creo que la dietética, por sí sola, basta para curar la mayoría de los casos; pero, sin embargo, en la Terapéutica física se consignan muchos remedios de utilidad; por ejemplo, el lavado de estómago, recomendado por Lonjo Tamayo, aunque en manos de ciertos autores parece que son dudosos sus efectos. Este lavado, hecho sencillamente con agua hervida, líquido de Ringer ó cloruro sódico, permite arrastrar el resto de los materiales alimenticios, favorece el peristaltismo de la musculatura gástrica y en este sentido es útil; pero cuando se hace en niños caquéticos, puede producir trastornos de consideración, como yo he visto en un enfermo. Koplik lo ha observado también en otro caso, en el que el lavado llegó á determinar, lo mismo que en el mío, un estado lipotímico. La hidroterapia caliente, el baño general, van bien, son agentes que podemos y debemos emplear. La aplicación de cataplasmas calientes sobre el vientre constituye un método muy preconizado, y que puede dar buen resultado.

La Terapéutica farmacológica está fundada sobre los antieméticos, y así debemos recordar el citrato de sosa, que yo he empleado muchas veces; el lactato de calcio, que tiene una acción antiespasmófila, y el líquido de Ringer, que se puede utilizar en irrigaciones intestinales, por el procedimiento de Rosenstern, aunque es muy molesto, por tener que entrar el líquido gota á gota, ó bien al interior, cuatro

ó cinco cucharaditas en las veinticuatro horas. La alipina, novocaína, atropina, etc., son medicamentos que á veces dan resultado, pero que me parece lo hacen de una manera pasajera, sin constancia. Lo más seguro respecto á la Terapéutica es lo que ya hemos dicho: colocar el enfermo en las mejores condiciones dietéticas posibles, y, seguramente, cuando hayan pasado la serie de meses, variables según el tiempo que en cada sujeto se necesita para la desaparición del síndrome pilórico, éste se curará en la mayoría de los casos, tanto más cuanto se ve que hay una serie de familias que, cansadas de medicación, dejan al enfermo, y, á pesar de todo, éste se restablece.

Voy á tratar el punto final de la terapéutica quirúrgica, que pasa por un momento de futura promesa.

Esta terapéutica parece que, de un modo sistemático, rechaza, por su gran mortalidad, los métodos de distensión del píloro, limita la gastroenteroanastomosis y utiliza solamente los modernos métodos de la piloroplastia.

La historia de la piloroplastia en su aplicación á la terapéutica, se condensa en Mickulicz que hizo la piloroplastia en el adulto, realizando la incisión longitudinal del esfínter pilórico, pero sin abrir la mucosa. Weber aplica este principio á los niños, pero hace la sutura transversal, y por fin Rammstedt, de una manera casual, al tener que cerrar precipitadamente el vientre de un enfermo que se colapsaba, descubre que sin hacer sutura se puede obtener un efecto benéfico. Esta operación es la que más se preconiza, y es la que debe llevar juntos los nombres de sus tres autores. Con ella se han hecho una porción de estadísticas, sobre todo en la literatura alemana. Los americanos también han trabajado sobre este particular y el periódico americano *The American Journal of Diseases of Children* (?) ha publicado un trabajo reciente de anatomía patológica de píloro, fundado en las autopsias de 20 niños operados por el método último y debido á Marta Wollstein.

La estadística mejor que se conoce es la de Heile, 5 por 100 de mortalidad; ya antes dije las observaciones que se me ocurrían con respecto al valor de esta cifra y además con 20 ó 22 casos no se puede hacer una estadística fundamental, siendo necesario mayor número de ellos.

Tal vez sea una suspicacia, pero á los que tenemos la costumbre de manejar estadísticas, se nos puede permitir mantener una opinión. En el trabajo de Marta Wollstein, del periódico americano á que antes aludía, se hace el estudio de 20 ó 22 píloros de niños fallecidos después de la operación de Rammstedt. La autora no cita la cifra de los operados. ¿Cuál será ésta?

Sin embargo, en el porvenir la terapéutica quirúrgica de la estenosis puede ofrecer un verdadero interés, sobre todo para los casos muy graves, y es posible que algunas modificaciones técnicas reduzcan la cifra de mortalidad operatoria todavía más en las estadísticas operatorias.

He dicho.

Bibliografía.

CLÍNICA HIDROLÓGICA ESPAÑOLA, por los Dres. E. Doz, M. Manzanque, R. Llorca, H. Rodríguez Pinilla y M. G. Camaleño. Manuales Calpe de Ciencias Médicas. Un vol. de XV 528 páginas.

La abundante literatura médico-hidrológica española se compone de obras generales, muy de estimar, y útiles para los dedicados á la especialidad, y multitud de monografías, algunas notabilísimas, muchas de las cuales no se han publicado sino que duermen inéditas en el Archivo de Alcalá, Ministerio de la Gobernación y Biblioteca de la Facultad de Medicina de Madrid, por cuyo motivo no le es fácil al mé-

dico práctico consultarlas, pues ni tiene tiempo ni facilidad para hacerlo. Esto movió sin duda á los autores de esta obra, antiguos médicos directores de baños, á dar un resumen de sus observaciones; de las aplicaciones prácticas de las aguas que han dirigido y de lo averiguado respecto á otras conocidas; de sus indicaciones especiales, restringiendo para cada uno de los veneros, el fárrago inmenso de enfermedades que en los mismos pueden tratarse, á juzgar por los prospectos y anuncios que más con miras industriales que científicas corren por todas partes y aquilatando en lo posible los casos en que son más útiles.

El libro después de un breve prólogo, en el que el doctor Gimeno indica á grandes rasgos los adelantos de la Hidrología, empieza por tratar del agua, su hidrogeognosia, los mineralizadores de las aguas, sus actividades ó energías, crioscopia, presión osmótica, radiactividad, etc., proponiendo una clasificación de las aguas según su tipo básico, sódico ó cálcico, subdivididos en varias, clases con ejemplos de cada una de ellas.

A primera vista no parece esta parte muy adecuada al título de la obra, siendo de suponer que si los autores la han colocado al principio, sería con objeto de que si los médicos se han de dar cuenta del cómo y el porqué de los efectos que producen las aguas y las razones ó motivos de preferir un manantial á otro análogo, es necesario que se enteren de los antecedentes necesarios para hacer concienzudamente esa selección, por lo que nos parece atinado proporcionar esos datos, muchos de los cuales se refieren á España y no se han publicado hasta ahora.

Un capítulo de generalidades clínicas, citando las opiniones de distinguidos prácticos españoles y haciendo consideraciones generales respecto á las enfermedades crónicas, que son las apropiadas para el tratamiento hidromineral, precede á otro de generalidades terapéuticas, en las que, aplicando los datos antes estudiados, divide las aguas en dos grandes clases: las que obran predominantemente por acciones químicas y las que lo hacen por sus energías físicas, división que no puede aceptarse de un modo absoluto porque las hay que obran por ambos conceptos ó factores, objeción que reconocen los autores, confesando que «es artificial y que la naturaleza no da las cosas con esas limitaciones absolutas». Reducen las medicaciones á las sulfurada, clorurada, alcalina y ferruginosas, incluyendo la sulfatada y la azoada como variedades de una quinta clase, que llaman sedante ó radioactiva, terminando este capítulo por el estudio de la especialización que admite como un hecho observado, pero que no hay que confundir con la especificidad ni llevarla á límites demasiados sutiles, como quieren algunos hidrólogos.

En capítulos sucesivos trata de las enfermedades en particular, empezando por el artrismo, reuma articular, pseudorreumatismo, gota y diabetes sacarina, las enfermedades del aparato respiratorio, ginecopatías, dermatosis, e - crófula, raquitismo, sífilis, cardiopatías, sistema nervioso, aparato digestivo, urinario y enfermedades quirúrgicas, terminando la obra con un cuadro de los principales balnearios españoles y su especialización terapéutica.

Este libro representa un trabajo considerable, y puede decirse que es un resumen del estado actual de la Hidrología médica en España y del estudio que acerca de esa especialidad terapéutica ha hecho el Cuerpo de Médicos directores de baños.

Conceptuamos este libro de suma utilidad para los médicos prácticos, que pueden encontrar en él brevemente el dato que necesiten para aconsejar con acierto el agua mineral que más conviene al enfermo que les consulta sus dolencias.

Periódicos médicos.

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las costumbres de los animales en relación con la disposición de los ojos y las formas de las pupilas, por G. Billard y P. Dodel.**—Los ojos, por su posición en la cara del animal, así como por la forma de las pupilas, están en relación con el género de vida habitual de este animal. Considerando estos caracteres, los autores han clasificado á los animales que poseen lo que se puede llamar una mirada—vertebrados superiores—en cazadores y cazados, interpretación entrevista por Duges en su Fisiología comparada. Los cazadores, mamíferos y aves, sobre todo, tienen los ojos sobre un plano casi frontal, próximos á la línea media, á menudo protegidos por fuertes arcadas superciliares. Las masas masticadoras musculares potentes de estos animales contribuyen también á limitar su campo visual que es, sobre todo, anterior. Estas disposiciones morfológicas se encuentran con grados diferentes en todos los cazadores. Las cintillas ópticas de estos animales son, en general, cruzadas, hechas para la visión binocular, disposiciones eminentemente favorables para la caza, en la cual el animal fija su mirada rectamente delante de él, sobre la presa. Hay cazadores con pupilas elípticas en el sentido vertical, que son los cazadores al acecho. Entre ellos se colocan los felinos, el zorro, las serpientes venenosas, el boa, los cocodrilos, etc. Los demás cazadores tienen la pupila circular; cazan, por lo general, á la carrera—los mamíferos, por lo menos,—y son feroces: perros, monos, etc. Otros animales de ojos frontales y pupila circular, no cazan á la carrera, pero, sin embargo, son feroces y voraces: las aves de presa, serpientes no venenosas, peces de caza (selacios, ganoides, ciertos teleosteos). Los animales cazados tienen los ojos más ó menos fuera de las órbitas, colocados lateralmente en cada lado de la cabeza. Las masas musculares débiles no limitan el campo visual que es muy extenso por delante, lateralmente y por detrás. Las cintillas ópticas, no entrecruzadas, dan una visión separada para cada ojo. Estos caracteres, opuestos á los de los cazadores, son muy útiles para estos animales. En efecto, ellos tienen que vigilar el horizonte en todos los instantes y en la huida tienen necesidad de poder vigilar á su enemigo, al mismo tiempo que ven lo que hay delante para poder proseguir su carrera. Los cazados tienen, a veces, las pupilas elípticas horizontales. Son los fugitivos muy adaptados á la carrera. Constituyen las presas nobles, los rumiantes, los equidos. Los otros cazados con pupila redonda, menos aptos para la carrera, buscan, por lo general, escapar del enemigo, disimulándose por la astucia; entre ellos están los roedores, todos los pájaros, todos los peces que no se colocan entre los cazadores. Estas consideraciones se aplican, sobre todo, á los vertebrados superiores. Una clase especial debé ser reservada para los animales de costumbres apacibles, pero bastante fuertes para no temer ningún enemigo, los paquidermos; sus ojos pequeños, ni frontales, ni laterales, no presentan ninguno de los caracteres extremos señalados. Asimismo, los batracios, á la vez cazadores y cazados, tienen los ojos á menudo frontales como los cazadores, pero al mismo tiempo fuera de las órbitas y con pupila elíptica horizontalmente como los cazados. Los caracteres de la mirada del hombre, netamente cazador, serán estudiados en otro trabajo. (*Compt. Rend. de la Soc. de Biologie*, número 8, 21 de Enero de 1922.)—LUENGO.

2. **Sobre la resistencia de los diabéticos á las infec-**

ciones oculares.—Investigaciones experimentales con microorganismos patógenos y con gérmenes saprofiticos de la conjuntiva, por A. Bietli.—El autor ha practicado 65 experiencias en animales hechos diabéticos por la inyección diaria de 1 gramo de adrenalina por cada 1.500 gramos de peso del animal, y en otros testigos normales. Cuatro días después del comienzo de las inyecciones en los primeros, instilaba V gotas del cultivo correspondiente en el fondo de saco conjuntival, si se trataba de un cultivo en caldo no diluido, ó bien inoculaba el mismo cultivo, pero diluido en la cámara anterior. Ambas cosas, hechas después de una iridectomía. Los gérmenes utilizados han sido el neumococo, estreptococo, estafilococo blanco no liquidante y el bacilo del xerosis. Las conclusiones del autor, son: las experiencias realizadas con neumococos y estreptococos han conducido casi á los mismos resultados, demostrando que en el ojo del animal diabético las infecciones siguen un curso más grave que en el ojo del animal sano. Esta afirmación no resulta muy evidente en las experiencias realizadas con cultivo no diluido, á causa de la intensa reacción obtenida también en los animales testigos. Son más demostrativos sobre este punto los resultados obtenidos con los cultivos diluidos. De los dos saprofitos con que ha experimentado el autor, sólo el estafilococo blanco no liquidante provocó un proceso inflamatorio en el ojo del animal diabético. En cuanto al bacilo del xerosis, tanto para el animal diabético como para el testigo, la ligera reacción obtenida debé interpretarse, no como la expresión de una verdadera importancia patógena, sino como la consecuencia de la inoculación de una gran cantidad de microorganismos, que seguramente no se encontrará en el ojo después de un acto operatorio; á pesar de esta elevada cantidad de gérmenes, no se produjo más que una reacción pasajera que desapareció sin dejar consecuencias. En cuanto al modo de comportarse el estafilococo blanco no liquidante y el bacilo del xerosis en el ojo de los animales diabéticos, existe, según el autor, una diferencia entre una y otra forma saprofítica desde el punto de vista de la posibilidad de provocar una infección. Esta posibilidad, puede decirse que es nula para el bacilo del xerosis, y existe, en cambio, para el estafilococo blanco no liquidante. De todos modos, también para este germen parece que la infección no deba adquirir caracteres de cierta gravedad. Sin embargo, en el caso que se trate de operar á un diabético, habrá que preocuparse también de la presencia de este germen en el saco conjuntival, aunque en el individuo no diabético no tenga ordinariamente ninguna importancia patógena. (*Atti della R. Accademia dei Fisiocritici in Siena*, 1920, números 8 y 10.)—E. LUENGO.

3. **Contribución al estudio de las afecciones del aparato de la visión, de origen dentario, por S. Baudry.**—

El autor refiere tres casos de esta naturaleza. En uno se trataba de parálisis del orbicular de los párpados; la extracción del segundo molar inferior derecho, que había sido empastado ocho días antes, hizo que desapareciera la parálisis á los diez días. En otro, se produjo un zona oftálmico en una enferma con caries avanzada en dos dientes de la mandíbula superior. En el tercero se trataba de un sujeto con poliartritis alvéolo dentarias, múltiples accesos de gota y astigmatismo hipermetrope. Su profesión era la de dibujante y con frecuencia se quejaba de neuralgias periorbitarias y de trastornos de la visión. Coincidiendo con un brote agudo de artritis dentaria presenta un glaucoma subagudo del ojo izquierdo, que desapareció con la desinfección de los dientes dolorosos y unas gotas de eserina.

El autor hace luego la historia de las relaciones de los dientes con las enfermedades de la visión y describe los

fundamentos anatómicos y fisiológicos de las mismas y las principales afecciones que actualmente se conocen como de origen dentario (zona oftálmico, queratitis neurotrófica ó zona frustrado), casi todas ellas debidas á la irritación del trigémino. (*Le Concours Medical*, núm. 47, 20 de Noviembre de 1921.)—E. LUENGO.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acerca del tratamiento del asma bronquial en el acceso, por el Dr. Schottmüller.** Empieza por referir la historia de una enferma de cuarenta y cinco años que padecía desde catorce años antes de asma bronquial, tan agravado en los últimos meses de 1921 que sólo se aliviaba algo con las inyecciones de morfina, resistiendo á los otros remedios. En estas condiciones la enferma padeció una influenza y al mejorar de ella desaparecieron los accesos que le daban de una manera casi continua desde varias semanas antes. No supone Schottmüller que sea una acción específica del virus de la influenza la que haya dado lugar á esta mejoría; sino que lo atribuye exclusivamente á la acción de la fiebre y que cualquier otra infección y aun la acción de una toxina hubiera dado el mismo resultado. Por tal motivo preparó una vacuna con gérmenes aislados de la sangre de esta enferma que tenía la propiedad de provocar fiebre y leucocitosis, pero no producía alteraciones orgánicas. Pocos meses después se volvió á presentar la enferma con un acceso violento de asma que estuvo resistiendo durante una semana á todo tratamiento, y en vista de lo cual se le aplicó una inyección intravenosa de la vacuna preparada. Ya al cabo de una hora se presentó escalofrío, fiebre que llegó hasta cerca de los 41° y una leucocitosis de 18.000 por milímetro cúbico. Al día siguiente habían desaparecido todos los síntomas del asma y desde entonces está la enferma libre de todo acceso. Tampoco se hace el autor ilusiones de haber corregido definitivamente el asma en esta enferma y basta para ello considerar que á los pocos meses de una gripe espontánea el acceso se reprodujo, pero le parece indudable que el acceso mismo fué combatido con un éxito brillante por la inyección intravenosa de la vacuna que considera sencillamente como una forma de proteinoterapia, no específica. Después de este caso ha tratado otros ocho por el mismo procedimiento y, salvo en uno, en todos ha visto unos resultados muy estimables, especialmente en un enfermo que se hallaba constantemente en posición de inspiración forzada y al cual la disnea no permitía hablar. Al cabo de cuarenta y ocho horas todos los fenómenos disneicos de este enfermo habían desaparecido. Sin embargo, en la mayoría de estos casos los intervalos libres de accesos no han sido tan largos como en el primero mencionado; se han presentado recidivas. Cuando se ha tenido ocasión de tratar estas recidivas en la clínica de S. se ha hecho por el mismo procedimiento de la vacuna y siempre con éxito sorprendente. Claro que hasta que no se esté en condiciones de librar al enfermo de la noxa específica no se tendrá la seguridad de prevenir las recidivas. Ha tratado el autor de hacer profilaxia de los accesos poniendo una inyección á los enfermos cuando iban á abandonar la clínica, pero no le ha dado resultado. De manera que hasta ahora el tratamiento del asma por la vacuna sólo se puede aplicar al acceso con probabilidades y casi seguridad de éxito.

Recientemente se ocupa S. de la dosificación de las vacunas á emplear. Parece ser que las dosis empleadas en un principio provocaban una reacción sumamente intensa y aunque nunca tuvo consecuencias funestas y al día siguiente

te habían desaparecido todos los indicios de la misma, era desagradable para el enfermo. Sus trabajos le inclinan á pensar que con dosis menores que produzcan reacciones menores y casi imperceptibles para el enfermo, se obtienen los mismos resultados sobre el acceso del asma. No puede dar por el momento explicación teórica del asunto. Está decidido á emplear el mismo tratamiento en otros procesos como fiebre del heno, rinitis vasomotora, urticaria, etc., en los que *á priori* se pueden esperar también buenos resultados. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 3 de Noviembre de 1922.)

2. **Las manchas solares: su influencia sobre los accidentes agudos de las enfermedades crónicas, por monsieur J. Vallot, P. Sardou y M. Faure.**—Los síntomas de las enfermedades crónicas no son estables y estacionarios, sino que, por el contrario, varían á cada momento, apareciendo, desapareciendo, exacerbándose ó mejorando, ora lenta, ora bruscamente.

Estas variaciones son algunas veces paralelas á las de la enfermedad en sí y tienen, por lo tanto, una explicación lógica, pero con mucha frecuencia observaremos importantes modificaciones sintomáticas que no guardan ninguna relación, al menos apreciable, con la evolución de las lesiones.

Lo más notable es que tales modificaciones inexplicables se producen *al mismo tiempo* en el curso de las enfermedades más diferentes y aun en enfermos distanciados, sin la menor relación entre sí.

Es corriente atribuir las al tiempo, pero la verdad es, que la observación atenta y repetida de las oscilaciones barométricas y termométricas no ha conducido hasta ahora á ningún resultado demostrativo por el que puedan establecerse relaciones determinadas, de causa á efecto, entre la influencia climática ó meteorológica y la variación de los síntomas mórbidos.

En estas condiciones, uno de los autores, sabiendo que el paso de las manchas solares por el meridiano central coincidía frecuentemente con perturbaciones magnéticas y eléctricas (que á veces se traducen por trastornos en las telecomunicaciones), llegó á sospechar si aquéllas producirían también efectos patológicos, cosa que se propuso comprobar.

Para ello, mientras Vallot, que es director del Observatorio del Mont-Banc, vigilaba el paso de las manchas solares, Sardou y Faure, que son médicos con ejercicio en distintas localidades, iban anotando día por día las variaciones sintomáticas de sus enfermos. Los tres observadores han trabajado aisladamente y no se han comunicado sus notas hasta el final de las observaciones, es decir, que los que anotaban los accidentes mórbidos ignoraban en aquel momento el paso de las manchas solares, y recíprocamente.

Como resultado de las experiencias llevadas á cabo en esta forma durante 25 manchas y sobre enfermos, enfermedades y síntomas los más diferentes, los autores han llegado á las siguientes conclusiones:

El paso de las manchas solares por el meridiano central coincide habitualmente (84 por 100) con una recrudescencia en los síntomas de las enfermedades crónicas y aun con la aparición de accidentes graves ó excepcionales en el curso de estas enfermedades.

La misma recrudescencia ó una aparición de accidentes análogos, puede producirse también fuera del paso de las manchas, pero entonces la coincidencia es más rara (33 por 100) y los accidentes menos graves.

Si pues el paso de las manchas solares por el meridiano central no es la única causa de la recrudescencia inexplicable de los estados patológicos, al menos parece ser la princi-

pal. (Com. a l'Académie de Médecine. *Le Courier Medical*, 30 de Julio de 1922.)—T. R. Y.

APARATO DIGESTIVO

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La reacción del cloral-alcohol-guayaco en la investigación de las hemorragias digestivas ocultas, por L. Pron.**—Los diversos reactivos químicos empleados para este objeto adolecen todos de defectos. O bien son demasiado sensibles y entonces basta una picadura de la mucosa bucal por una espina de pescado, ó que sangre una encía para obtener una reacción francamente positiva, ó bien son muy groseros y dejan inapercibidas un tanto por ciento importante de úlceras gástricas. Entre los primeros hay que colocar el reactivo de Meyer á la fenolftaleína, sensible á la millonésima, y el reactivo de Adler á la bencidina, sensible al 1 por 225.000. Gregersen ha propuesto utilizar una solución de bencidina muy diluida en ácido acético, porque á medida que la concentración aumenta, aumenta también la sensibilidad, y por tanto, no deben utilizarse las soluciones de bencidina saturadas ó concentradas, que darían una sensibilidad excesiva. El mismo Gregersen aconseja el empleo del peróxido de bario, que es más estable, en lugar del agua oxigenada. Entre los segundos, están la reacción de Weber al guayaco y la reacción al piramidón. Estas reacciones son poco sensibles; en la de Weber, según Gregersen, el éter impide la reacción. Boas la ha modificado en vista de ello, y puesto que el éter se apodera de una parte de los derivados de la sangre contenida en las heces, le ha substituído por el alcohol, aconsejando la siguiente técnica: A 2 c. c. de solución alcohólica de cloral al 70 por 100, se añaden X gotas de ácido acético; se agita la mezcla y se deja reposar durante cinco minutos. Después en un vaso bien seco se pone un poco de resina de guayaco finamente pulverizada, sobre la cual se vierte la mezcla precedente, después XX gotas de agua oxigenada al 3 por 100. Se agita y casi inmediatamente se produce una coloración azul si existe sangre. El autor insiste en la importancia capital de que la pulverización del guayaco sea hecha solamente en el momento del empleo. En la práctica, Pron comienza por ensayar la reacción á la bencidina y si es negativa puede darse por seguro que el líquido sospechoso no contiene sangre. Si es positiva, hace una segunda prueba por la reacción de Boas, y si es negativa, considera á la reacción de Adler obtenida, sin valor. (*Journal des Praticiens*, núm. 22, 3 de Junio de 1922).—E. LUENGO.

2. **Las anomalías del duodeno, por W. Nimeh (de Beyrouth).**—La radiología, justamente llamada la autopsia del vivo, ha revelado imágenes contradictorias topográfica y morfológicamente con las descritas por los anatómicos. Según éstos, el duodeno forma una media luna ó una herradura alrededor de la cabeza del páncreas y se compone de cuatro porciones bien fijas, salvo la primera. Holtzknecht ha descrito tres porciones en la imagen radiológica. En realidad, describe un trayecto en zig zag de cuatro porciones, una de ellas llamada bulbo de Holtzknecht, que no constituye la totalidad de la primera porción. El autor ha observado las muchas modalidades diversas de las formas proyectadas por el duodeno. Las clasifica en dos grupos: formas producidas por órganos en estado patológico y formas observadas en sujetos con estómagos radiológicamente normales y sin causa patológica apreciable. Las anomalías de la primera categoría son las siguientes: 1.^a Un estómago alargado átono y un duodeno cuya primera porción está ó no adherida á la vesícula. La tirantez del estómago se pro-

duce á expensas de la primera porción, que se hace más alargada y en forma de embudo. 2.^a Estómago hipertónico, pequeño espasmo, que levanta la primera porción y la pone en continuidad con la segunda. 3.^a Una deformación de la primera porción por compresión y adherencia de una gruesa vesícula, provocando dilataciones, ó bien falsas fosas. 4.^a Un absceso ó un tumor del páncreas pueden ensanchar considerablemente la circunferencia del círculo duodenal. Las mismas causas pueden, por compresión, estenotar la tercera porción y determinar ulteriormente una dilatación y un alargamiento de las porciones superiores. El epíplon mayor puede producir por compresión el mismo fenómeno, así como una caída total del colon derecho. 5.^a Una ptosis general del estómago y del colon, con dislocación del píloro; después, dislocación de la primera porción del duodeno, que viene á superponerse á las segunda y tercera porciones, y á veces más abajo. 6.^a Casos en que el píloro está desplazado, yendo á colocarse detrás del estómago y hasta la izquierda de la curvatura mayor, recordando la imagen de un dextrocardias. Esta desviación pilórica cambia el trayecto normal del duodeno y le da formas diversas. Entre las anomalías de la segunda clase están: 1.^a El bulbo y, por consiguiente, la primera porción, parecen ser la continuación de la región pilórica, sin que exista ningún medio de limitar una de otra, ni por la forma ni por la dirección. 2.^a El bulbo forma con el píloro un ángulo agudo (ángulo bulbopilórico). Tan pronto la primera porción es muy corta y se puede sospechar su ausencia, tan pronto es larga; pero en lugar de estar oblicuamente dirigida hacia el hígado, se dirige hacia abajo, vertical ú oblicuamente. Además, el bulbo sigue una dirección anteroposterior, que sólo se ve de perfil. 3.^a El ángulo duodeno-yeyunal está situado muy arriba (confundido con un divertículo de la pequeña curvatura), arrastrando consigo al duodeno que hace con la región pilórica una especie de tijera ó figura de un 8. 4.^a Existen casos en los que es muy difícil distinguir y limitar las diferentes porciones del duodeno; puede decirse que sólo existen dos ó tres porciones. Esto puede interpretarse por la ausencia de uno ó de los dos ángulos que forman las cuatro porciones. 5.^a Raramente el duodeno, en lugar de recorrer su trayecto en la región inferior del estómago, lo hace por arriba, haciendo así el mismo recorrido, pero en sentido inverso. 6.^a A veces se encuentra una imagen que recuerda un vólvulus de la segunda ó tercera porción; otra que recuerda un dólíco y megacolon (dólíco y megaduodeno). El megaduodeno es más frecuente en la primera, y el dólíco-duodeno en la segunda porción. En esta segunda variedad la porción no está solamente alargada, sino que adquiere á veces una forma de serpentín. 7.^a El duodeno forma un círculo completo por delante del todo de la región pilórica; el ángulo duodeno-yeyunal se encuentra en las vecindades del píloro. El examen del duodeno es el más difícil del tubo digestivo. Sobre todo para el bulbo, que es donde asientan con frecuencia las ulceraciones, hace falta volver al enfermo á la derecha ó á la izquierda, ó mejor examinar al enfermo en decúbito dorsal, posición que permite al duodeno llenarse fácilmente. Y como la comida opaca permanece allí poco tiempo, porque el tránsito duodenal no dura más que un minuto, es preciso á veces recurrir á la expresión manual del estómago, ó mejor, para no exponer las manos, percutir la séptima vértebra cervical con los dedos, ó por medio de cualquier aparato, que provoca por reflejo contracciones del estómago y, por consecuencia, favorece que se llene el duodeno. De todos modos, conviene recordar la eficacia y á menudo la necesidad de tomar la radiografía en serie, lo cual está en boga en la hora actual. El trabajo está acompañado

de varios esquemas. (*Presse Médicale*, núm. 69, 30 de Agosto de 1922.)—LUENGO.

HISTOLOGIA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Estudio sobre la fina estructura de la corteza regional de los roedores, por S. Ramón Cajal.**—El ilustre sabio español continúa sin cesar sus investigaciones histológicas por los dominios del sistema nervioso. En el presente trabajo estudia la corteza suboccipital (retroesplénica de Brodmann) en el conejo y en el ratón, haciendo las siguientes consideraciones generales y conclusiones sobre el asunto. Los hallazgos de Cajal en dicha zona permiten incluir esta corteza, de acuerdo con Brodmann y sus discípulos Zunino, Rose, Flores, etc., en la modalidad designada por aquel sabio, *tipo fundamental ó de seis capas (corteza homogenética, isocortex* de O. Vogt). Lo que caracteriza esta corteza de séxtuple estrato, individualizándola de sus similares, son estos tres rasgos: a) Enorme desarrollo de la capa plexiforme ó I, que encierra contingente riquísimo de neuronas de axon corto y de larguísima neurita tangencial; b) Presencia por debajo de la misma de una zona específica de gruesas células estrelladas morfológicamente apartadas tanto de las pirámides como de los elementos incluidos por Brodmann en la *lámina granularis* (pequeñas pirámides de otros autores); c) Aparición de una zona III, formada por elementos fusiformes verticales, cuya fina neurita procede del cabo inferior de la dendrita descendente; d) Existencia, debajo de la capa III, de un plexo nervioso tupidísimo, en gran parte compuesto de fibras exógenas, entre las cuales residen numerosos corpúsculos fusiformes, semejantes á los precedentes. En cuanto á la homología de las zonas específicas de este tipo de substancia gris, que son la II y la III, nada seguro puede afirmarse. Morfológicamente, ni la capa II es comparable á la de las pirámides pequeñas ó grandes, ni la III (corpúsculos fusiformes), puede identificarse como lo hace Brodmann, con la *lámina granularis interna* (zona IV ó de los *granos* propiamente dichos). Empero, si abandonamos el criterio morfológico estricto, así como la consideración del tamaño neuronal relativo y atendemos exclusivamente á la marcha y comportamiento del axon y dendritas, cabría homologizar la zona II con la *capa de las medianas y grandes pirámides externas* de otros territorios corticales y la tercera ó de los *elementos fusiformes con las pequeñas pirámides*. Solo que para aceptar semejante homología habría que abandonar el *prejuicio de la rigurosa ordenación tectónica* y admitir que en el campo retroesplénico, como en otras cortezas regionales, la posición respectiva de las zonas se altera; de suerte que la que debiera ser II (*células fusiformes*), se hace III, y la que debiera ocupar el número III ó IV (*células estrelladas* asimiladas á gruesas pirámides externas), constituye la capa II. Esta interpretación armoniza bien con lo que sabemos de la estructura de la zona retroesplénica, llamada también *campo 29 f*, donde se sorprende la continuidad de las células fusiformes con una zona de pequeñas pirámides, y la transformación progresiva de las neuronas estrelladas (capa II) en pirámides de talla mediana. Sin embargo, la mencionada inversión de las capas II y III, se mantiene en el mencionado territorio confinante con el *sulcus sagitalis lateralis*. En cuanto á la significación fisiológica de esta región cortical, nada categórico cabe afirmar. Sabido es que para Henschen, el *campo retroesplénico* constituye la estación terminal de las excitaciones gustativas. Fundándose en un caso clínico interesante, el neurólogo sueco localiza la percepción del sabor, no sólo en el campo 29 del

hombre, sino en parte de las circunvoluciones inmediatas suboccipitales. Por su parte, Ariëns Kappers apoyándose en estudios sistemáticos de neurología comparada, considera el mencionado campo como un anejo del sistema olfativo. El autor carece de datos clínicos propios y de trabajos de experimentación anatomopatológica para justipreciar las referidas opiniones. Estima probable, sin embargo, de acuerdo en principio con Ariëns Kappers, que el *campo 29* sea asiento de una actividad psíquica semejante ó muy próxima á la olfativa. En pro del íntimo parentesco entre la corteza retroesplénica y las áreas de indudable actividad odorífera militan los siguientes hechos: 1, Hallarse la corteza suboccipital ó retroesplénica notablemente desarrollada y diferenciada en los animales macrosmáticos (perro, cobaya, conejo, gato, etcétera); 2, Residir constantemente en la proximidad del *pre-subículo, foco esfenoccipital* (campo 28 de Brodmann), y del asta de Ammon, como denotando el ejercicio de una función igual ó solidaria de la olfativa; 3, Aparecer muy tempranamente en la serie filogénica de los mamíferos, conforme nota Ariëns Kappers; 4, Coincidir sorprendentemente en textura y ordenación tectónica con regiones seguramente relacionadas con vías secundarias ó terciarias de carácter olfativo; por ejemplo: con la *corteza esfenoidal*, situada por debajo de la terminación de la *raíz externa* del nervio olfatorio, corteza donde además de observarse una zona II de neuronas estrelladas voluminosas, se contiene una III zona de pequeños elementos fusiformes verticales, iguales a los señalados en la región retroesplénica; y con nuestro *centro esfeno-occipital* ó de la punta del lóbulo piriforme (*foco 28, ó entorhinal* de Brodmann y Rose), en el cual figuran asimismo una capa II de gruesas células estrelladas, y otra III de pequeños elementos piramidales. Mas para incluir definitivamente el *campo 29* en el sistema de los centros olfativos y poder excluir en absoluto su carácter gustativo, ó cualquiera otra actividad psíquica, es preciso emprender experimentos anatomopatológicos (no exentos, desgraciadamente, de dificultad, dada la posición profunda de dicha región), á fin de observar las vías centrifugas, cuya degeneración provoca la ablación de la misma, y el centro ó centros talámicos afectos consecutivamente de atrofia. Porque es un hecho anunciado por diversos autores y confirmado anatómicamente por Cajal, que toda área sensorial de la corteza (á excepción del asta de Ammon y focos olfativos secundarios) envía conductores descendentes precisamente arborizados en el centro talámico donde concurren las vías sensoriales aferentes. (Este hecho ha sido demostrado por Cajal en el ratón para los focos talámicos y cuerpo cuadrigémino anterior del sistema visual y para el núcleo sensitivo del tálamo). Si dichos experimentos fueran conducidos con destreza y fortuna sería posible quizás determinar de un golpe la estación secundaria subcortical de la vía sensorial, relacionada con el campo 29, y la esfera cerebral de que parten esas fibras *corticotalámicas* que no faltan acaso en ninguno de los núcleos del entencefalo. La falta de conexiones con el tálamo podría considerarse como un indicio más de que el mencionado campo representa una estación olfativa terciaria. Acompañan al trabajo 12 bellas figuras originales. (*Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid* tomo XX, Mayo de 1922).—E. LUENGO.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

Peor está que estaba.

Breve ha de ser hoy nuestra comunicación semanal impresionista y casi *instantánea* con nuestros amigos. Pero en esta brevedad no se crea ver falta ni aun escasez de asuntos; lo que sucede es que éstos, con llegarnos al alma, por ser del alma nacional, no hacen especial referencia á lo que más próximamente nos atañe.

Todos nuestros lectores saben seguramente que el Gobierno á las veinticuatro horas de constituílo se ha declarado en crisis total, en pleno Parlamento y cuando mayor agudeza había adquirido el problema candente de las responsabilidades por los desastres africanos. Deberíamos limitarnos á lamentar que esta insólita conducta de los que se llaman gobernantes, sacrificando á cuestiones personales los altos intereses de la patria y no oyendo las voces que exigen aclaraciones fundamentales, por tener sus oídos ocupados por los rumores externos de los convencionalismos y las lisonjas y por los internos del orgullo y el desvanecimiento, podríamos limitarnos á deplorar que, como siempre, los intereses de la salud pública y de su abogada permanente la clase médica, hayan venido á pagar como siempre los platos rotos, siendo lo único que á estas horas se puede afirmar, que nadie se ocupará por ahora, ni sabe Dios por cuánto tiempo, de ley de Profilaxia, de Seguro de enfermedad, de Agregación al Estado de los médicos titulares, en forma de inspectores municipales, de inspectores de Escuelas, de forenses y de todas las prerrogativas y funciones que en la nueva ley se aspiraba á concederles.

¡Paciencia y barajar! Véase cuán bien hacíamos en no entusiasrnos con el proyecto y en señalar siempre como dudosa su aprobación y como inverosímil su planteamiento.

Véase también cómo, aunque sea casi propio el elogio no hemos de negársele al Sr. Cortezo, quien siempre y en las repetidas veces en que ha procurado beneficios á nuestra clase, lo ha hecho acudiendo al procedimiento de los Reales decretos, por enseñarle la experiencia todas las dificultades que tiene el esperar las reglamentaciones legales en un país en que ningún Parlamento ha cumplido su vida constitucional en cien años que lleva de régimen parlamentario, y en el cual repetidamente

se ha demostrado que lo que menos importa á los señores políticos son las reformas sanitarias.

Hay que convencerse de que, hasta que Dios disponga otra cosa, no cabe sino aprovechar las circunstancias y la buena disposición personal de los ministros, bien persuadidos, consiguiendo de esta manera todo, puesto que todo se puede conseguir.

Por Real decreto se abolieron las cuarentenas estacionales preceptuadas por la ley de 1857, y nadie protestó de la infracción benéfica; por Real decreto se dictó la Instrucción general de Sanidad en la que se modificaban muchas disposiciones de las leyes vigentes; por Real decreto se organizó la colegiación *obligatoria* y el Cuerpo de Médicos titulares y la Junta de Patronato, y tantas otras cosas, que si se han desfigurado por obra de intereses poco loables, no puede negarse que fueron conquistas debidas á la iniciativa perseverante y convencida de una sola persona, á la cual, por cierto, no se muestran muy agradecidos los que más provechos han sacado y sacan de lo por ella obtenido.

No podemos preconizar como ideal el procedimiento ni como impecable el sistema; pero los años nos han enseñado que lo que hay que tener en este mundo y en este país, es *razón*, saberla exponer y poder afirmar que sólo por ella se procede. Los demás requisitos son muy estimables, pero si atendiendo á ellos se olvida el fondo de las cosas, nunca saldremos de los atolladeros á que nos han llevado las culpas ajenas con las propias y en los que nos mantienen la desatención de los hombres públicos y las manipulaciones de los que, aparentando defender otros ideales, se sienten muy cómodos en el *statu quo* á que deben toda su importancia.

DECIO CARLÁN

Asamblea Nacional sobre Seguro de Enfermedad, Invalidez y Maternidad.

Cumpliendo lo que en nuestra primera crónica prometíamos á los lectores de EL SIGLO MEDICO, vamos á dar cuenta en ésta de los resultados de parte de la misma, limitándonos por hoy á la ponencia primera, que ha sido la más interesante y discutida, á la segunda y á la octava.

El título de la ponencia primera es el siguiente: Si conviene implantar los Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad: a) con carácter obligatorio ó libre; b) independientes ó coordinados; c) al mismo tiempo ó en etapas distintas.

La suscriben, como ponentes, los Sres. D. Severino Aznar, D. Tomás Balbás, D. Adolfo A. Baylla, D. Vicente Dualde, D. Luis Jordana, D. Enrique Raduá.

Cumpliendo los acuerdos tomados en la reunión médica previa, el Dr. Sanchís Bergón, presidente de la Federación de Colegios Médicos de España, asumió el mando de todas las representaciones médicas y en la discusión de esta ponencia consideró oportuno presentar una proposición fiel reflejo de nuestra primera conclusión, es decir, «Conveniencia y necesidad de una intensa y meditada labor preparatoria para estudiar y divulgar lo que es el Seguro y sus ventajas sociales». La defendió elocuentemente nuestro representante, haciendo ver que la clase médica no estaba preparada para la implantación de unos Seguros que habrían de revolucionar económica y moralmente el ejercicio de la Medicina en España.

Intervienen en la discusión varios señores asambleístas y después de una declaración del Dr. Sanchís Bergón manifestando que retira la enmienda presentada por constituir no una enmienda, sino una impresión única y una declaración de que la clase médica acude con buena fe á la obra de la conferencia, continúa la discusión de otras enmiendas á dicha ponencia que nosotros no hemos de relatar, ya que entonces serían interminables estas crónicas, y, por otra parte, lo interesante para el médico no es el detalle de su discusión con el punto de vista de cada asambleísta, sino las conclusiones aprobadas por la conferencia á cada ponencia.

Nos limitaremos, pues, á dar á conocer á los lectores de EL SIGLO MEDICO las conclusiones aprobadas de todas las ponencias, para que con ellas todas reunidas se puedan formar los médicos españoles una idea del resultado de esta conferencia, sin que en algún punto, como hacemos en ésta, exponamos también el criterio sustentado por la clase médica en el curso de la misma.

Las conclusiones aprobadas por la conferencia al tema primero, cuyo enunciado queda dicho anteriormente, son las siguientes:

1.^a Es conveniente la preparación ó implantación de los Seguros Sociales de Enfermedad, Invalidez y Maternidad.

2.^a Los Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad serán obligatorios para todos los comprendidos entre los catorce y sesenta y cinco años que trabajen por cuenta ajena y por una remuneración que no exceda de 6.000 pesetas anuales, siempre que no realicen trabajos prohibidos á los de su edad.

Con carácter obligatorio alcanzarán también á los aparceros, á los trabajadores á domicilio, á los domésticos y á cuantos perciban retribución de fondos del Estado, Provincia ó Municipio, no menor de 6.000 pesetas y sin menoscabo de otros derechos que la ley les conceda y que no tuvieren garantizados el minimum de beneficios por este régimen obligatorio concedidos.

Serán voluntarios para los que, viviendo de su trabajo, no trabajen por cuenta ajena, sino por cuenta propia.

Para que éstos sean incluidos en el régimen legal de Seguros sociales, bastará: 1.^o, que lo soliciten antes de los cuarenta años; 2.^o, que no tengan más ingresos que los fijados para los incluidos obligatoriamente en el régimen dentro de su localidad; 3.^o, que se sometan á reconocimiento facultativo, y 4.^o, que satisfagan además de su cuota la que le correspondería satisfacer á su patrono, si lo tuviese.

3.^a En la implantación de los Seguros mencionados debe procurarse cuidadosamente la coordinación no sólo entre ellos, sino también con los de Vejez, Accidentes y Paro.

En consecuencia, es deseable:

a) Que los diferentes Seguros Sociales tengan la misma finalidad social, se limiten de igual manera el sector de la población asegurable y se ajusten con tal exactitud que no

dejen riesgo de anormalidad económica procedente del trabajo, que no sea previsto.

b) Que sin perjuicio de las variantes orgánicas propias de cada uno, articulen su organización de manera que reduzcan al mínimo el número de funcionarios y simplifique los procedimientos de recaudación y pago, imponiendo el menor número posible de prestaciones y molestias á los obligados á practicarlos.

4.^a Los Seguros Sociales de Enfermedad, Invalidez y Maternidad deben ser preparados y promulgados al mismo tiempo, procurando su implantación simultánea.

En caso de que fundadas razones aconsejaran lo contrario, los Seguros mencionados se pondrán en vigor sucesivamente, pero el momento oportuno para implantarlos debe quedar á la estimación del Gobierno, previo informe del Instituto Nacional de Previsión.

Doy á continuación las de los temas segundo y octavo, que están muy relacionadas y que pasaron casi sin discusión y apenas modificadas.

Tema segundo: Tabla de morbilidad.—Procedimiento para hacer una española. Mientras no la haya, qué tablas de morbilidad son las más adecuadas á la morbilidad de las clases obreras españolas y, en general, para valorar los tres riesgos de que se quiere asegurar el trabajo en España.

CONCLUSIONES

1.^a Las tablas españolas conocidas no son de aplicación general á toda España.

2.^a Es imposible determinar, de momento (véase conclusión 6.^a), qué tablas pueden ser aplicables al Seguro nacional español.

3.^a Es necesario el establecimiento de tablas basadas en experiencia del país.

4.^a Por la Dirección General de Estadística, y de acuerdo con esta Ponencia, se procederá á la formación de Estadísticas á base de experiencias obtenidas por las entidades que hayan practicado el Seguro de España. Es conveniente recomendar á todas las entidades que practiquen la previsión de estos riesgos, la formación regular de sus estadísticas de morbilidad sobre bases que la ponencia formule y el Instituto Nacional de Previsión divulgue.

5.^a Las estadísticas á realizar deberán comprender no solamente aquellos extremos interesantes á los efectos del Seguro, sino también aquellos otros que se consideren necesarios al mejor conocimiento del estado sanitario del país.

Tema octavo.—Bases técnicas del Seguro de Enfermedad, Invalidez y Maternidad.

CONCLUSIÓN PRIMERA Y ÚNICA

En lo concerniente á bases técnicas del Seguro contra los riesgos de Enfermedad, Invalidez y Maternidad en las clases obreras españolas, la Ponencia estudiará y valorará las condiciones todas que puedan estar contenidas ó reflejadas en las conclusiones de esta Asamblea, tan pronto como éstas sean conocidas.

Dejamos para números próximos la redacción de los restantes temas.

DR. BARRIO DE MEDINA

Barcelona, 27 de Noviembre de 1922.

Tema 7.^o.—Colaboración de las clases médica y farmacéutica:

1.^a El Seguro debe sólo implantarse con carácter obligatorio para las clases modestas, ó si no hubiese limitación en este orden, imponiendo á las clases pudientes primas acomodadas á su posición social.

2.^a Libertad absoluta en la elección de médico y farmacia.

3.^a El auxilio al asegurado será satisfecho preferentemente en metálico, pero podrá serlo en forma equivalente, siempre de modo tal que queden garantizados los honorarios facultativos.

4.^a Se respetarán los derechos adquiridos hoy por los facultativos de las beneficencias provincial y municipal.

5.^a En cuanto se refiere al aspecto profesional y peculiaridades de su aplicación en este orden á cada provincia, intervendrán los respectivos Colegios Médicos y Farmacéuticos, de acuerdo con la institución que tenga á su cargo la administración del Seguro.

6.^a Asimismo los dichos Colegios decidirán toda cuestión coprofesional y serán oídos en las que con este orden técnico se relacionen.

Aprobadas en el Palacio de Pensiones para la Vejez, 24 de Noviembre de 1922 (sesión de la tarde). Barcelona.

DE INTERES PROFESIONAL

La asistencia médica en Madrid.

Con el aumento de la extensión y población de Madrid, se impone un cambio en el modo de prestar la asistencia al médico general de familias.

Hasta ahora, el médico general fija unos honorarios de visita, que suelen ser iguales para todos sus clientes, sea cual fuere el sitio donde éstos habitan.

Esto es sencillamente absurdo, puesto que perjudica á los enfermos y á los intereses del médico.

En efecto, los médicos que, por no tener mucha clientela, no podemos disponer de automóvil, tenemos que perder un tiempo precioso en recorrer grandes distancias á pie ó en tranvía, y esta pérdida de tiempo redundará en perjuicio del enfermo, que recibe una asistencia tardía en muchas ocasiones.

Por otra parte, dado este sistema de ejercer la profesión, bastan cuatro ó cinco visitas para que el médico emplee todo el día, sin obtener el suficiente rendimiento para poder vivir.

Para evitar estos inconvenientes, nos atreveremos á aconsejar á nuestros compañeros el sistema que nosotros empleamos, análogo al empleado en las principales capitales de Europa en donde, como es sabido, existen los llamados médicos de barrio. Consiste en determinar una demarcación al lado de nuestro domicilio, en la cual ejercemos nuestra profesión con un tipo de honorarios por visita, y en la que admitimos igualas con cuotas mensuales en relación con las posibilidades económicas de las familias. Fuera de la demarcación no admitimos igualas, y los honorarios por visita son dobles.

Claro está que de esta manera vamos disminuyendo poco á poco la clientela que no vive en nuestra demarcación, pero en compensación nos damos á conocer cada vez más en nuestro barrio, y con mucho menos trabajo y una mejor asistencia á los enfermos, vamos adquiriendo un nombre que, dadas nuestras condiciones, nos sería muy difícil alcanzar por todo Madrid.

Si este sistema se generalizase, todos los médicos que lo adoptemos podríamos establecer un intercambio de clientes, en el sentido de recomendar al médico ó médicos de una demarcación á los individuos que, mudándose de la nuestra, fuesen á vivir á aquella, aceptando en cambio los clientes que los médicos de otras demarcaciones nos enviasen.

Lo que conviene dejar bien sentado es lo absurdo que resulta cobrar los mismos honorarios á los clientes que viven cerca de nuestros domicilios, que á aquellos otros que en ocasiones habitan el extremo opuesto de Madrid; obligándonos á recorrer distancias que muchas veces son mayores que las que separan á un partido médico de otro, y ya sabemos que ningún médico titular cobra los mismos honorarios cuando tiene que salir de su partido que cuando visita en él.

Esto es lo que debe hacerse en Madrid, que al fin y al cabo no es más que un conjunto de poblaciones más pequeñas.

De esta forma, y contando que la mayor parte de los clientes no pueden pagar el doble de lo que en la actualidad nos pagan, se irían circunscribiendo las clientelas de los médicos á demarcaciones limitadas por éstos, con lo que á la par de que se beneficiaba á los enfermos por una más rápida asistencia, se facilitaba el ejercicio profesional y la adquisición de clientela, siempre más fácil en demarcaciones pequeñas.

Finalmente, el sistema que preconizamos es el único para luchar eficazmente contra las sociedades que vinieron precisamente á llenar el vacío que los médicos, con la falta de demarcaciones y la supresión de las igualas, habían producido, convirtiendo la asistencia médica en Madrid, para muchas familias, en un problema de difícil solución que las sociedades, con todos sus defectos é inconvenientes para la salud pública, vinieron á resolver. Su desaparición, por lo tanto, depende exclusivamente de nosotros, ya que ni con la implantación del Seguro de enfermedad desaparecerán, si los médicos de Madrid no adoptamos el sistema de demarcación y las igualas circunscritas á las mismas.

DR. HERNÁNDEZ MASIP.

La socialización de la Medicina y los médicos rurales.

Después de leer la crónica que *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades* publica del Dr. Masip, en el número correspondiente al día 18 del presente mes, dando cuenta de las dos sesiones celebradas por el Colegio de Médicos de Madrid, he sacado la impresión, que corrobora la que ya tenía formada, de que hay un núcleo de médicos, bastante numeroso, que creen que en la celebración de la Conferencia nacional de Seguros, se ha procedido muy precipitadamente para la clase médica y principalmente para los médicos rurales distanciados de los centros de cultura.

No pretendo molestar al Dr. Masip, el cual, por otra parte, muy justamente se duele de que hagan esas afirmaciones, cuando él, con un celo digno de las mayores alabanzas, desde hace meses, en la citada revista y en otros diarios madrileños, viene dando la voz de alerta é insistiendo en la importancia de la Asamblea de Barcelona; esta conducta sólo elogios merece y no seremos nosotros quienes se les regateemos.

Efectivamente, son de verdadera transcendencia para la clase médica las conclusiones que se obtengan en la citada Conferencia de Seguros porque serán una verdadera revolución en cuanto al ejercicio de la profesión relacionado con la clase obrera y forma de pago, desechando los viejos moldes por otros más en armonía con los tiempos modernos. La clase médica es la más llamada á intervenir activamente en estas discusiones, tanto por ser á quien de una manera muy directa la interesa, como por ser la más conocedora de ciertos extremos que sin su concurso no podrían con equidad y justicia resolverse.

¿Qué médico consciente puede negar importancia á la Conferencia de Barcelona?

Creo también con el citado autor, que si la Conferencia no se celebrara hasta «el día del Juicio final» habría muchos «sordos que no quieren oír», que no hubiesen tenido tiempo de enterarse y estudiar á fondo tan importantísimas cuestiones; que lo hubieran dejado para última hora.

Pero también creo, que, según se han sucedido los hechos, hay muchos, muchísimos médicos que no se han podido imponer con dominio en la materia y que algunos no se han enterado hasta muy tarde, así como que reina una gran desorientación en este problema. No me extraña que alguien en las sesiones levantara la voz para decir que no han tenido tiempo material; á éstos no hay que achacarles falta de voluntad, sino buen deseo, pero que no ha sido posible realizarlo por varias razones: lo que pasa es que no todas las revistas han hablado de esta cuestión de los Seguros sociales; además, el Dr. Masip no ha hecho más que dar la voz de alarma, pero no ha dicho puntos que se han de discutir, ni problemas á resolver. Prueba la precipitación, que hasta hace muy pocos días no se ha publicado el Reglamento y que debiendo haberse celebrado la Conferencia en la primera decena del mes de Noviembre, no se ha reunido la Junta general del Colegio para tratar este asunto y estudiar la ponencia hasta los días 9 y 11.

Por otra parte y refiriéndome á los médicos rurales que carecen de bibliotecas, ¿qué fuentes se les ha ofrecido de información? ¿Dónde, cuándo y cómo iban á estudiar estas cuestiones? ¿Hay bibliografía en español ó tenían que traducir la legislación alemana, inglesa, austriaca, etc.? Suponiendo que uno ó varios médicos se hubiesen preparado en el Seguro de Enfermedad, Invalidez y Maternidad, ¿podían ir á Barcelona á discutir con voz y voto?

Lo procedente hubiera sido, puesto que tenemos una Asociación á la que todos pertenecemos, que el presidente de la Federación de Colegios de Médicos se hubiera dirigido á los presidentes de los Colegios provinciales y éstos á las Juntas de distrito, exponiéndoles claramente, concretamente, los problemas á resolver, y que cada una de estas con tiempo suficiente, aunque limitado, aprobase una ponencia que juntas todas se discutieran en los Colegios provinciales, adoptando la mejor y más conveniente con las modificaciones que á juicio de todos se introdujeran; luego los presidentes, siendo defensores cada uno de la ponencia aprobada por su provincia, discutirías en la Federación para unificarlas y de esta forma ir representaciones de todos los Colegios á la Conferencia Nacional de Barcelona; así se llevaría una representación verdad de las aspiraciones y opiniones de la clase médica en general.

Todo lo que no sea esto, aparte la agilidad mental y penetración agudísima, característica de nuestra raza, que han demostrado algunos compañeros sabiéndose imponer concienzudamente en el conocimiento de estas cuestiones en poco tiempo, será ir sin una base sólida y firme, sin una gran opinión que les dé fuerza en las discusiones en que intervengan.

Ya veremos los resultados; me temo no sean todo lo suficientemente halagadores, porque no sólo falta el entusiasmo en la masa, sino que con miras distintas hay diferentes ponencias de otras tantas Asociaciones y Corporaciones, todo por un estúpido orgullo y un mal espíritu de avenencia. ¡Así medramos!

FIDELIO HERRERA

Rodilana, Noviembre, 1922.

PASEOS DE UN SOLITARIO⁽¹⁾

POR

CARLOS MARÍA CORTEZO

A poco de nuestro ingreso, un señor ministro de la Gobernación creó una clínica de Oftalmología que confirió á un especialista catalán, el Sr. Nadal y Mais, quien ante la frialdad no disimulada de nuestra actitud, y por dificultades que de nosotros no dependían, tomó el acuerdo de no desempeñar el cargo que le habían dado.

Pasó algún tiempo, y una nueva tentativa de ingerencia tuvo mejor resultado que la anterior, con evidente responsabilidad nuestra y muy particularmente mía. He aquí cómo ocurrieron las cosas:

Desde los primeros momentos del movimiento revolucionario triunfante vino á Madrid, precedido de gran reputación, el médico ó, mejor dicho, el operador D. Federico Rubio y Gall, quien aumentaba su reputación y fama por el hecho de ser el jefe visible del partido republicano más avanzado de la ciudad del Bétis; y como por aquella época los operadores de gran renombre, como Argumosa, Sánchez Toca y muchos otros, habían desaparecido en Madrid, por muerte ó por ausencia, encontró el Sr. Rubio terreno muy apropiado para que su reputación creciese de un modo desproporcionado á los hechos, aún no conocidos, en que debiera fundarse. Ganoso él de dar muestras de su valía, é iniciando un laudable procedimiento de expansión y proselitismo en la enseñanza, en que perseveró hasta su muerte, quiso tener una clínica pública, y para ello se puso de acuerdo con su amigo D. Juan Eugenio Olavide, glorioso especialista dermatólogo del Hospital de San Juan de Dios. A las salas de Olavide llevó Federico Rubio sus primeros casos de cirugía operatoria, en individuos que no podían ser asistidos en la clientela particular; pero muy pronto los médicos de la Beneficencia provincial llamaron la atención de su compañero de Cuerpo, el Dr. Olavide, acerca de creer ellos inconveniente y aún depresivo el que una persona extraña operase en salas dependientes de la Diputación provincial, cuando ésta contaba con cirujanos de reputación justa y bien sentada.

Privado Rubio de aquel medio de desarrollo de sus actividades, pensó en seguida en el Hospital de la Princesa, y acudió á su íntimo amigo D. Juan de Dios Almansa, decano del mismo, para que obtuviese de nosotros el necesario asentimiento para practicar en él sus operaciones.

Llamóme Almansa, y con su habitual dulzura y su palabra insinuante, me rogó que mediara yo con los compañeros, como gente avanzada y progresiva, para que me diesen una muestra pública de su concepto de la libre protección que debiera darse á todos los hombres de mérito reconocido. Prendió la chispa en la pólvora de mi romanticismo, y haciendo desde aquel momento mía la causa de Rubio, hablé con los otros cuatro

(1) Véase el número anterior.

médicos, y logré persuadirles á que, por unanimidad, consintiéramos, aunque no sin la advertencia del buen Morales, quien recuerdo que dijo: «No hemos tenido hasta ahora disentiendo alguno en tres ó cuatro años y no he de ser yo el que produzca el primero; venga, pues, ese señor; ¡pero quiera Dios que no nos arrepiñamos algún día!». Muy poco después practicaba don Federico su primera operación de ovariectomía en una de las salas de mi cargo y ante la presencia de un público numerosísimo; á esta operación siguieron otras dos ó tres del mismo género, todas con éxito fatal y casi inmediato. El buen Rubio se mostraba preocupado, y en las confidencias con que entonces me demostraba su amistosa confianza, me decía no explicarse lo que ocurría, dada la comparación que hacía de las estadísticas de Spencer Wells y de los cirujanos, á quienes él había visto operar en Londres, durante su embajada en aquella capital.

Los resultados de aquellos cirujanos, decía, apenas dan una mortalidad del 5 ó el 6 por 100, y aquí, ya ve usted lo que nos ocurre. Yo callaba respetuosamente, porque D. Federico me era muy simpático, y más que él, su ideal de ampliación docente y sus generosos propósitos para el porvenir de la enseñanza médica; yo callaba, pero para mis adentros no podía comprender que fuesen verdad tales estadísticas, si los procedimientos operatorios eran los que yo había presenciado.

Con efecto, los preceptos de antisepsia, que, según los cánones listerianos, eran los que á la sazón dominaban, no se atendían entre nosotros en poco, en mucho ni en nada. No describo con detalle aquellas grandes operaciones para que no haya maliciosos que supongan que yo quiero menoscabar la reputación, que contribuí á favorecer, de un hombre que se portó conmigo con escaso agradecimiento, quizás y sin quizás por los *buenos servicios* de personas caritativas que le llevaron á procedimientos determinantes de nuestro rompimiento definitivo.

Conste que sé que en sus últimos años, y aun muchos antes de su muerte, ya había el Dr. Rubio cambiado de táctica operatoria, obteniendo seguramente, aunque no lo sé, los éxitos que su buena voluntad, su actividad y su amor al estudio procuraban siempre.

Seguíó el operador sevillano enviando otros casos á mis salas, acudiendo á operarlos, y dejándolos luego á mi solo cuidado; y de esta manera marchaban, y hubieran marchado, con toda cordialidad, las cosas, hasta que un día ocurrió un incidente en la sala de distinguidos, que yo ya, como decano, regentaba; y el tal incidente, unido á algunas advertencias que, con mi habitual franqueza, me había yo permitido, y unido también á las maniobras mal intencionadas y poco inteligentes de un su amigo (1), provocaron en Rubio

(1) Era este señor D. M. L., aragonés de los que confunden la ordinareiz con la franqueza, y disfrazan con aspecto de llaneza y de picardía sus defectos de previsión y de inteligencia. Tenía grande amistad con Rubio y no menor con Romero Robledo, á quien se esforzaba en prestar servicios, aun de índole íntima y doméstica, y fiado en esto, me anunció un día que le encontré: «Que yo había cambiado de actitud con Federico Rubio, á quien

la nada difícil ambición de tener sala por derecho propio en aquel hospital, en el que hasta aquella fecha solamente se había ingresado por oposición.

Yo siempre me había portado con generosa lealtad respecto á Rubio. No me era violento el proceder así, pues tenía por él viva simpatía, al comprender que era una preocupación suya, interesada ó no, el contribuir al perfeccionamiento de la enseñanza de la Medicina. Demostrólo con sus tentativas de Escuela libre, en colaboración con D. Pedro Velasco, y en la cual se me ofreció la cátedra de Fisiología, y lo demostraba á diario por sus comunicaciones á la Real Academia de Medicina y sus conferencias en nuestro hospital. Pero es el caso que yo no creía honradamente que el doctor Rubio fuese un operador tan hábil como él suponía. Había yo visto operar á Martínez Molina, á Sánchez Toca, á Velasco, á Encinas y recientemente al gran Creus en Granada, y si yo encontraba alguna diferencia entre estos operadores y el que me ocupa, no era seguramente en favor de este último; atraían hacia él á los jóvenes las novedades y los atrevimientos de su práctica, que no pudo negársele que fué iniciadora de las intervenciones quirúrgicas en el vientre, hasta aquí casi no empleadas ó poco practicadas al menos; pero como yo sabía todo el auge que las prácticas preventivas de antisepsia tenían en Europa y no veía que las prestase, en un principio, grande y convencida atención, me permitía algunas observaciones que en el ánimo puntilloso del maestro fueron cambiando la estimación que hacia mí tenía, en una prevención visible que tuvo su momento de auge un día, que advirtiéndome mi entonces practicante de sala, D. Alvaro de Blas, un dicho inconveniente de la mujer de un enfermo operado por Rubio, la cual afirmaba cosas que podían comprometer el buen nombre del hospital, creí yo candorosamente que era lo más derecho y lo más noble dar cuenta á Rubio de tales afirmaciones. Hícelo así, yendo personalmente á su casa y el buen señor, figurando aceptar la afirmación amistosa, fuese ó no sincera su gratitud, procuró, con su amigo aludido, que Romero Robledo, agradecido por entonces á un servicio personal, crease para él la famosa clínica de *Alta Cirugía* en el hospital de que yo era decano, variando el reglamento de Beneficencia en el sólo punto de la elección por votación de los compañeros para este último cargo, que se confería al médico más antiguo del escalafón, que no era yo, sino el Sr. Egea. Trasladáronme á poco al Hospital de Incurables; mejor dicho me quisieron trasladar, pues yo, en el momento de recibir la comunicación en que tal disposición se contenía, estando en mi despacho del hospital con Francos Rodríguez, que era mi practicante mayor, y que me alargó el oficio, me limité á coger un papel y redacté mi dimisión y renuncia de aquel Cuerpo para mí tan amado, y lo hice en términos tales que pude tener la certeza de que el mi-

había llevado al Hospital de la Princesa; pero que él me echaría de allí.»

Y con efecto, así sucedió: qué perfectos serían los hombres políticos si supieran aislarse de ciertas gentes, y aun mejor si fueran célibes, como los sacerdotes.

nistro admitiría mi renuncia, complaciendo así á las personas á quienes yo estorbaba.

Franco, que estaba en pie frente á mí, del otro lado de la mesa, leyó mi oficio, que yo le alargué para que le pusiera sobre, y alarmado dijo: «¿Pero qué es esto, D. Carlos?»

«Nada, repuse yo, sonriente; que quieren que sea político y lo seré y, ya verá usted, seré ministro».

Aquel golpe de vanidosa presunción se comprobó después y tuvo poco mérito, pues aquí en España no es muestra de gran valer el llegar á ser ministro.

De estas cosas, que quizás á nadie interesen, deduje yo varias enseñanzas; la primera, lo que significa el agradecimiento en las personas en quienes nublan el entendimiento los vapores del amor propio, y las insinuaciones perseverantes de los aduladores y de los malos amigos; y la segunda, lo inútil que es el tener enojo y malas voluntades en el campo de la política. Romero Robledo, que con aquel acto injusto y arbitrario truncó mi porvenir, haciéndome tomar derroteros en que nunca pensé, fué solo para mí un político odioso durante mucho tiempo; contra él trabajé é intrigué cuanto me fué posible, no dejando de contribuir á darle algún disgusto, sobre todo, con ocasión de la disidencia silvelista y luego... ¿quién lo diría?, fui durante los últimos tiempos de su cruel enfermedad, su mejor y más afligido amigo, y exhaló su último suspiro llamándome y estrechando mi mano.

Y es que el rencor y la venganza distan mucho de ser el placer de los dioses como dicen y repiten los fonógrafos de frases hechas; más bien es la venganza una ruín podredumbre de la memoria, y un huésped odioso de los corazones nobles.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Dirección general de Sanidad.

Reglamento para las oposiciones á oficiales del Cuerpo médico de Sanidad exterior (1).

Terminado su escrito, fechará y firmará su trabajo, que entregará bajo sobre cerrado, firmado y rubricado, consignando el número de orden con que haya actuado, al individuo del Tribunal que en aquel momento se encuentre en el local, uniéndolo á él, si así lo juzgare conveniente, las preparaciones, dibujos y demás comprobantes que estime necesarios para facilitar el juicio de aquél. El referido individuo del Tribunal consignará en el mismo sobre, y bajo su firma, la hora y fecha en que se le entregue este documento, y recogerá el sobrante, si lo hubiere, de la primera materia que constituyó el problema.

5.^a Una vez ultimadas por todos los opositores sus investigaciones, el Tribunal señalará día y hora para la lectura pública de las notas por aquéllos redactadas, procediendo en el momento de terminar esta lectura, que se hará por los mismos opositores y por el orden con que vayan actuando, á publicar la naturaleza del problema encomendado.

Art. 11. El tercer ejercicio consistirá en la resolución

(1) Véase el número anterior.

práctica de un problema clínico que guarde relación con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas ó de las propias de los países tropicales. La práctica de este ejercicio se ajustará á las reglas siguientes:

1.^a El Tribunal señalará con veinticuatro horas de anticipación el local donde habrá de verificarse el ejercicio, así como el nombre de los opositores que deban actuar cada día.

2.^a Constituido el Tribunal en el local previamente señalado, sorteará entre los opositores que deban actuar cada día, los enfermos que haya creído conveniente elegir para este ejercicio.

3.^a Señalado el enfermo á cada opositor, dispondrá éste del tiempo que acuerde el Tribunal para las prácticas de exploración que crea oportunas, pudiendo al mismo tiempo recoger del enfermo cuantos productos patológicos crea necesarios para, investigando en ellos, aclarar ó establecer el diagnóstico.

4.^a El Tribunal designará el local y el tiempo de que han de disponer los opositores para efectuar los trabajos de investigación en los productos que hayan podido recoger de los enfermos objeto de este ejercicio, terminados los cuales explanarán verbalmente y durante el tiempo que también señale el Tribunal, el resultado de su trabajo, detallando la historia clínica del enfermo correspondiente, con las conclusiones diagnósticas, terapéuticas y profilácticas que crean oportuno formular.

Art. 12. El cuarto ejercicio consistirá en la descripción y manejo de los aparatos de desinfección más frecuentemente usados en las prácticas sanitarias. Este ejercicio se llevará á cabo en el Parque Central de Sanidad civil, á presencia del Tribunal, quien designará á cada opositor libremente los aparatos que deba hacer funcionar.

Art. 13. El mismo día que termine el cuarto ejercicio el Tribunal deliberará y entregará á la Dirección general de Sanidad todo lo actuado y la relación de opositores hecha con arreglo á lo que determina este Reglamento.

La Dirección general de Sanidad remitirá al Real Consejo de Sanidad todo el expediente de las oposiciones verificadas, para que informe sobre la tramitación de las mismas.

Art. 14. Una vez informado por el Real Consejo de Sanidad el expediente de estas oposiciones, será elevado al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, para que se sirva aprobarle y nombrar oficiales del Cuerpo Médico de Sanidad exterior á los opositores que corresponda.

Programa para las oposiciones á ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad Exterior.

DERECHO ADMINISTRATIVO

1.^a

Concepto del Derecho administrativo y sus relaciones con las demás ramas del Derecho.

2.^a

Fuentes del Derecho administrativo.—Código y leyes de procedimiento.—Publicación de las disposiciones administrativas.—Codificación administrativa.

3.^a

Concepto general de la Administración: Su personalidad.—Legalidad de las disposiciones generales y recursos que la garantizan.

4.^a

Organización del Poder administrativo.—Jerarquía administrativa.—Su concepto, clases y condiciones.—División del territorio nacional.

5.^a

Funcionarios administrativos en general. — Concepto legal de los mismos. — Su clasificación. — Sus deberes y derechos. — Honores. — Sueldos. — Descuentos. — Retenciones. — Derechos pasivos. — Responsabilidad de los funcionarios administrativos.

6.^a

Legislación vigente relativa á los funcionarios civiles del Estado, y en particular á los de Sanidad. — Ingreso, ascenso y separación de los mismos. — Responsabilidad. — Sus relaciones con los gobernadores, alcaldes, Juntas provinciales ó municipales de Sanidad, con las autoridades de Marina y con los cónsules.

7.^a

Administración Central. — Consejo de Ministros. — Atribuciones de los ministros. — Revocación de sus decisiones. — Responsabilidad ministerial. — Sumaria idea de la Jurisdicción contencioso-administrativa.

8.^a

Organización del Ministerio de la Gobernación. — Procedimientos administrativos. — Expedientes gubernativos.

9.^a

Contratos de servicios y obras en general, y especialmente las relativas á Sanidad, según la legislación vigente. — Disposiciones que regulan la materia.

10

Contabilidad de las estaciones sanitarias. — Nóminas del personal y cuentas de material. — Justificación. — Responsabilidad.

GEOGRAFÍA COMERCIAL

1.^a

Indicación de las principales Compañías navieras, rutas y puertos de su escala. — Noción de las principales vías férreas internacionales y estaciones fronterizas.

2.^a

España. — Puertos comerciales más importantes. — Países con los que principalmente efectúa su comercio y artículos sobre los que versa el mismo.

3.^a

Gran Bretaña é Irlanda. — Puertos comerciales más importantes. — Sus Colonias. — Comercio de la Metrópoli con sus Colonias é internacional de aquélla y éstas.

4.^a

Alemania y Polonia. — Puertos comerciales más importantes. — Comercio internacional de ambos países.

5.^a

Francia y sus Colonias. — Puertos comerciales más importantes. — Artículos de importación y exportación en Francia y países con que ésta realiza su comercio.

6.^a

Finlandia, Ucrania, Rusia y sus protectorados. — Puertos comerciales más importantes. — Artículos que constituyen el comercio de estas Naciones y países con los que lo efectúan.

7.^a

Puertos comerciales más importantes de Suecia, Noruega, Dinamarca, Bélgica y Holanda. — Su principal comercio de importación y exportación.

(Se continuará)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 699,6; ídem mínima 694,3; temperatura máxima, 18°,4; ídem mínima, 0°,7; vientos dominantes, E. SE.

Algún aumento se ha observado en el número de las inflamaciones agudas de los órganos inflamatorios, principalmente en las bronquitis, traqueobronquitis y bronconeumonías; pero en la mayor parte de los casos no se observa la índole infectiva y perniciosa que estas mismas enfermedades han revestido en los cuatro últimos años.

Los demás padecimientos, y sobre todo los crónicos, afectan los empeoramientos propios de la estación, que hasta ahora no ha mostrado grandes crudezas meteorológicas.

Crónicas.

Hospital del Niño Jesús. — Presidida por el Dr. Sarabia en representación del príncipe D. Luis Fernando de Baviera se ha celebrado en el Hospital del Niño Jesús la primera de las reuniones científicas del curso.

El Dr. Garrido Lestache, secretario, leyó una Memoria de los trabajos realizados durante el año.

El Dr. D. Martín González Álvarez leyó una conferencia acerca de «Los trastornos de la marcha en el niño y su importancia diagnóstica».

El acto resultó muy brillante.

Notas médicas de Almería. — La Comisión provincial de Almería ha nombrado el Tribunal que juzgará las oposiciones á médicos de la Beneficencia. Está compuesto por el presidente de la Diputación, el inspector provincial de Sanidad y tres médicos de dicha Beneficencia.

El Ayuntamiento de la misma capital, en la sesión del día 4, acordó dar el nombre de Ramón y Cajal á una importante plaza central en la Puerta de Parchena.

Conferencia científica. — Atentamente invitado por el Colegio de Médicos de Córdoba, el catedrático de Urología de esta Facultad de Medicina D. Leonardo de la Peña saldrá para dicha capital el sábado 9 del actual, con el fin de dar una conferencia, en la que desarrollará el interesante tema «Importancia del intestino en algunas infecciones urinarias (síndrome enterorrenal)».

Concurso de premios. — En la última Junta celebrada por la Sociedad Española de Higiene, bajo la presidencia del ilustre Dr. Fernández-Caro, fueron adjudicados los premios del concurso público de 1921 á 1922.

El resultado fué el siguiente:

Premio del Sr. Conde de Coello. — Premio: Sr. D. Gregorio Olea y Córdoba, subinspector de primera clase de Sanidad Militar. Accésit: D. Brígido Ponce de León.

Premio Fernández Cuesta. — Desierto.

Premio Roel. — Tema primero. Accésit: señorita Elisa Soriano Fischer, doctora en Medicina, oculista. Tema segundo, desierto.

Consultas públicas. — El Real Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia (Tutor, 36), ha realizado en el pasado mes de Noviembre 493 asistencias, dando ingreso á 104 enfermos pobres de los 131 que lo han solicitado (los 27 restantes han sido rechazados por no ser tuberculosos).

Se han aplicado 2.098 inyecciones hipodérmicas, 48 de tuberculinas y 27 intralaríngeas, así como también se han socorrido con prendas á los enfermos más necesitados.

Banquete al Dr. Hinojar. — Esta noche á las nueve, y en el Hotel Ritz, tendrá lugar un banquete en honor del Dr. Hinojar, otorrinolaringólogo de la Asociación de la Prensa.

Se lo dedican sus compañeros con motivo de su actuación en el X Congreso Internacional de Otología celebrado en París.

Los soldados de cuota de Sanidad licenciados son llamados á filas nuevamente. — Por Real orden de 24 de Noviembre, fueron licenciados los soldados de cuota de Sanidad Militar del reemplazo de 1921. El 30 del mismo mes,

inopinadamente, han sido llamados á filas nuevamente para ser enviados á Marruecos.

Como en su mayor parte los cuotas de Sanidad son estudiantes de Medicina, circulan rumores de que este llamamiento tiene relación con los últimos sucesos de San Carlos. Sería vergonzoso.

La situación sanitaria en la Ukrania meridional.—De la secretaría del Dr. Fridtjof Nansen, para el socorro á Rusia, nos remiten el siguiente comunicado médico-sanitario:

En un informe dirigido al Dr. Nansen, el Dr. Haigh, miembro de la Comisión de Epidemias de la Sociedad de las Naciones, que ha visitado en el mes de Septiembre los gobiernos de Nikoláieff, de Kherson y de Odessa, describe la gravedad de la situación de las instituciones médico-sanitarias.

Los hospitales están desprovistos de todo lo que es necesario para su buen funcionamiento. Se encuentran privados de medicamentos, de ropa blanca, de jabón, de desinfectantes. Hasta los termómetros clínicos son muy raros.

El Dr. Haigh prevé que la penuria de los medios profilácticos tendrá, por consecuencia, una extensión terrible de las epidemias de fiebre tifoidea, de tifus exantemático y de fiebre recurrente durante el invierno próximo.

El personal médico, mal provisto y sufriendo hambre con frecuencia, lucha desesperadamente.

Oposiciones á una plaza de médico de familia de la Real Casa.—La *Gaceta* del día 25 de Noviembre publicó el anuncio de oposición á una plaza de médico auxiliar de familia, vacante en la Real Casa.

El profesor en quien recaiga el nombramiento ingresará en el escalafón de médicos de familia de la Real Casa, con derecho al ascenso á médico de número.

El plazo de admisión de solicitudes terminará el día 20 de Diciembre de 1922, debiendo los señores opositores presentar las suyas, debidamente documentadas, en el domicilio del secretario del Tribunal, Dr. A. Piga, Marqués de Cubas, 9, todos los días laborables, de doce á dos, ó de cuatro á seis.

Para obras en un hospital.—Por Real orden se ha aprobado el presupuesto necesario para la reparación del Hospital de Santiago, de Ubeda (Jaén), que se hallaba en lamentable estado, casi en ruinas.

Donativo al Colegio de Huérfanos del Principe de Asturias.—El Sr. García Brustenga, secretario de la Unión Médico-sanitaria de Valencia, ha remitido al señor tesorero del Colegio de Huérfanos de Médicos del Principe de Asturias, la cantidad de 200 pesetas, recaudadas entre compañeros que asistieron á un banquete celebrado recientemente en el Tibidabo de Barcelona y en nombre de los cuales remite la cifra mencionada.

La Junta de Patronato del Colegio hace público su agradecimiento al Sr. García Brustenga y á cuantos contribuyeron á aumentar el donativo.

A nuestros suscriptores.—El día 15 del presente mes entregaremos á nuestro banquero los giros correspondientes á los pagos de la suscripción de aquellos señores que se hallan en descubierto en todo ó parte del presente año. Por circular remitida directamente, todos nuestros suscriptores conocen el envío de dicho giro, así como el vencimiento de su suscripción, y, por tanto, encarecidamente rogamos sean los giros abonados. Si aún hubiera duda alguna, en todo momento se les darán explicaciones.

Defunción.—A la edad de sesenta y ocho años falleció el 26 de Noviembre último en Montealegre (Albacete) uno de nuestros más antiguos suscriptores (lo era desde 1871), don Sinforiano Sánchez del Valle.

A su distinguida familia enviamos nuestro más sincero y sentido pésame.

Giros que se desconocen señas.—Rodríguez, Almería; Moreno, Arroyo del Puercu; Ruiz, Ubrique; Bernete, Estella; García, Segura de León; Lloredo, Torrelavega; Menchaca, Salamanca.

Agradeceríamos á los suscriptores que reconozcan su giro, envíen una tarjeta indicando número, á fin de hacerlo constar en su cuenta.

Excipiente inerte.—Tanto como el ser reprendido en público, ofende á veces el ser socorrido con publicidad. La desgracia tiene cierto pudor, porque en el fondo, ó se reconoce ó teme ser reconocida como culpa.

(Ich.)

La cascada canta: «cuando llego á mi libertad, encuentro mi canción».

(Tagore.)

Oposiciones á médicos de Sanidad Exterior.—Convocatoria para 21 plazas, instancias hasta 31 de Marzo, ejercicios 16 de Abril. Obra única por el Dr. Calvin, 70 pesetas. Programa 1,50; dirigirse á la Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

La litiasis urinaria, por D. Angel Pulido Martín. Estudio clínico de los cálculos del aparato urinario y su tratamiento. Segunda edición, corregida y aumentada. Precio, 10 pesetas en todas las librerías.

La llamada ENCEFALITIS LETÁRGICA, por el Dr. E. Fernández Sanz. Quedan muy pocos ejemplares de esta monografía. Pedidos á la Administración de este periódico. Precio 2 pesetas.

Productos García Suárez.—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio y farmacia García Suárez (Calle de Recoletos, 2 duplicado), cuya lectura recomendamos.

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

PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).

CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS

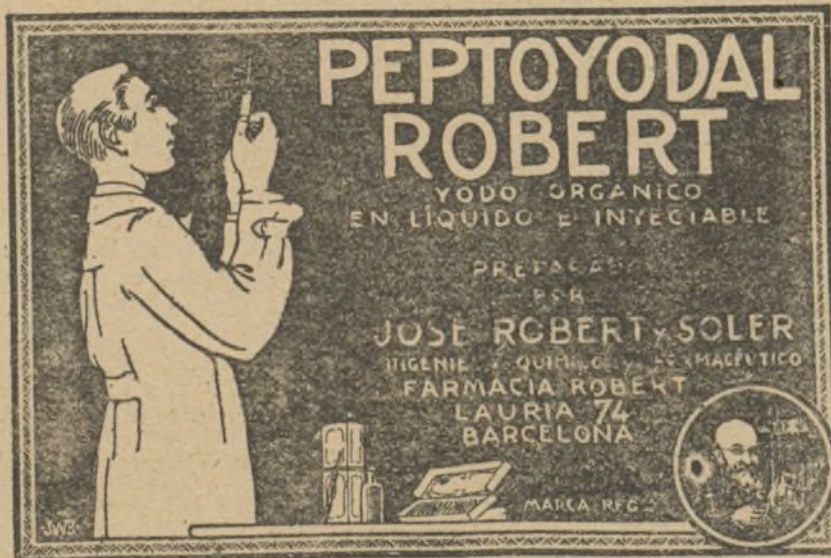
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

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.

Suscriptor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.^a de la Oabana, 1