

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN 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.	S. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inocua y Colegio de la Paz.	S. PASCUAL Y RIOS 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.	
		G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
		J. SANCHIS SANUS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
		J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
		F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
		R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.

PROGRAMA CIENTIFICO:

Glennola 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: El caso más antiguo conocido de enfermedad de Addison, por G. Marañón. — La obra bacteriológica de Pastsur, por el Dr. R. Turró. — Tratamiento del raquitismo por las radiaciones ultravioletas, por los Dres. J. y V. García Donato. — Cooperación al conocimiento de los síndromes del centro oval, por el Dr. César Juarros. — Bibliografía, por Emilio Luengo. — Periódicos médicos. — Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — El Centenario de Pasteur en el Ateneo de Madrid. — La Asamblea de Barcelona, sobre el Seguro de Enfermedad, Invalidez y Maternidad, por el Dr. Angel Pulido. — Carta abierta, por Decio Crespo. — Tema 3.º — Voto particular de D. José Gascón y Marín. — Carta abierta, por el Dr. Barrio de Medina. — Alcaldía Constitucional de Cartagena. — Gaceta de la salud pública: Estad sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

El caso más antiguo conocido de enfermedad de Addison

POR

G. MARAÑÓN

Para el Dr. D. N. Mariscal.

La enfermedad de Addison fué descrita, como es bien conocido, en el año 1855 por el gran médico inglés que ha unido su nombre al del interesante síndrome. Antes de esta descripción, los casos de insuficiencia grave de las cápsulas suprarrenales eran, seguramente, confundidos con otros procesos; y, á pesar de lo llamativo de su sintomatología, de su color obscuro, de la mortal debilidad que invade á los que la sufren y del rápido desenlace funesto que la pone fin, es difícil seguirla la pista en las descripciones, médicas y profanas, anteriores á dicha fecha.

Por esta razón, y sobre todo por la genial exactitud de observación y de lenguaje que revelan en su autor, me parece interesante dar á la publicidad la siguiente referencia de un caso de enfermedad de Addison, recogido por un español en pleno siglo XVI. No se trata de un escrito médico, sino de una observación empírica realizada por un fraile jerónimo, Fray José de Sigüenza, el autor de la «Historia de la Orden del glorioso doctor San Jerónimo», que nuestro Unamuno considera como

uno de los más admirables monumentos del habla castellana.

En el compendio de dicha obra que bajo el título de «Historia primitiva y exacta del Monasterio del Escorial» publicó en 1881 D. Miguel Sánchez y Pinillos (Madrid-Tello-1881, un volumen de 560 páginas) y en su discurso X, refiere el Padre Sigüenza la tempestad que descargó sobre las obras del futuro Monasterio, en la noche, víspera de la Magdalena del año 1577. Un rayo cayó sobre la torre de las campanas, aun envuelta en andamios, y la incendió, causando graves desperfectos en su fábrica y fundiendo las campanas recién colocadas. El relojero, «fraile mozo», que por casualidad acababa de despertarse, sufrió una emoción violenta al resplandor y al ruido de la centella; cayó espantado al suelo, y apenas recuperado el sentido, comenzó á dar voces y á tañer las campanas, fuera de sí. Y aquí entra la breve pero admirable historia clínica, que copiamos literalmente:

«Por entonces—dice el P. Sigüenza—no sintió nada; mas luego, poco á poco, le cargó una fuerte melancolía, se le mudó el rostro extrañamente y mudó el color de blanco en pardo triste; le salieron unos lunares negros; vivió otros tres años poco más ó menos y, al fin, murió, casi sin que se le echase de ver.»

¡Impecable descripción del síndrome addisoniano! No faltan en ella ninguno de los caracteres esenciales del raro proceso, y nos permiten hacer el diagnóstico

sobre estas sobrias palabras, con la misma seguridad que si tuviéramos delante todavía al pobre padre relojero.

Anotemos en primer lugar la edad «moza» del enfermo, la más propicia, según es sabido, para la producción del morbo addisoniano. (En el 60 por 100 de los casos observados por nosotros, la edad era de treinta á cuarenta años.) La etiología emocional también es citada por varios autores y recientemente ha acrecentado su valor con los modernos estudios sobre la participación del sistema simpático y suprarrenal en la génesis del acto emotivo y, á su vez, sobre la influencia de las emociones violentas ó muy prolongadas sobre el funcionamiento ulterior de dicho sistema. Durante la guerra europea se han descrito casos de insuficiencia suprarrenal, más ó menos intensa, á veces de verdadera enfermedad de Addison, después de las horas angustiosas de los bombardeos, en el campo de batalla ó en la población civil de las ciudades ocupadas (Etienne y otros). Yo mismo recuerdo un caso de enfermedad de Addison típica, en un hombre hasta entonces sano, comenzada pocos días después de la trágica emoción de ver á un hijo pequeño caer bajo las ruedas de un tranvía.

La descripción clínica del caso del fraile jerónimo, no deja tampoco lugar á dudas. El Padre Sigüenza anota la «fuerte melancolía», que es el estado de ánimo típico de los addisonianos, hasta el punto de que esta misma palabra—melancolía—es la empleada por Addison en su primera descripción y, después, se encuentra repetida en casi todos los autores.

La típica coloración que constituye el síntoma culminante de la enfermedad está definida en la frase admirable de «se le mudó el color de blanco en un pardo triste», que describe de un modo tan exacto como castizo, el color de estos enfermos «[pardo triste]...»; en adelante sólo así deberemos describir la pigmentación suprarrenal los médicos españoles, porque es esta su expresión insuperable. Mas todavía añade el gran escritor otra pincelada definitiva: «le salieron unos lunares negros»; lunares que hoy sabemos son «el carácter más típico de la melanodermia addisoniana, más aún que las mismas manchas mucosas, como he sostenido yo en mis descripciones de estos estados.

«Vivió otros tres años poco más ó menos», añade el P. Sigüenza; y, en efecto, la duración media de la enfermedad es de tres á cinco años (Hirsch y otros). Y, por último, termina informándonos de que el desgraciado relojero «murió casi sin que se echase de ver», rasgo con el que completa la perfecta pintura, pues conocida es la frecuencia con que los addisonianos mueren súbita y dulcemente, sin aparato, comiendo, bañándose, paseando ó durmiendo un sueño aparentemente tranquilo.

No cabe, pues, la menor duda sobre la naturaleza de la extraña enfermedad del padre relojero del Escorial: se trata del primer caso de que se tiene noticia—si no me equivoco, pues he revisado minuciosamente toda la literatura á mi alcance—del síndrome de Addison ó insuficiencia suprarrenal crónica y mortal.

Para terminar: el historiador de los Jerónimos explica el extraño caso comentado diciendo que «se entendió le entró algún humo en el cuerpo aquella noche, que le hizo este efecto». Esta interpretación popular de la melanodermia addisoniana no es tampoco la primera vez que la encontramos: hace ya varios años, en efecto, vimos en el Hospital General un caso de enfermedad de Addison típica, en un maquinista de fábrica, que atribuía el cambio de su color y los síntomas generales á un envenenamiento por los humos de la máquina. Las explicaciones vulgares de las enfermedades y de los síntomas, no han variado desde aquellos remotos años, como podríamos demostrar con otros muchos ejemplos: pero ello nos llevaría fuera del objeto de este modesto apunte, que brindamos al gran maestro de nuestra Historia médica.

LA OBRA BACTERIOLÓGICA DE PASTEUR

FOR FL

DR. R. TURRÓ (Barcelona) (1)

Ya que por achaques de la edad no me es posible asistir al homenaje que el Ateneo de Madrid tributa á Luis Pasteur con motivo de su primer centenario, se me piden unas cuartillas sobre la obra bacteriológica del sabio cuyo nombre llena el mundo. Acepto como una honra altísima la invitación; sólo deploro que mi trabajo no sea digno del Ateneo, que efusivamente saludo desde mi retiro. Corto es el tiempo que se me señala; repleto y vario el tema que se me ha propuesto. Entraré, pues, desde luego en materia una vez cumplido ese elemental primer deber de cortesía.

Los orígenes de la obra bacteriológica de Pasteur hay que buscarlos en sus memorables trabajos sobre la fermentación. Por ahí comienza á familiarizarse con las formas y funciones de los gérmenes. Sin que exista relación alguna entre la transformación del azúcar en alcohol, por ejemplo, y la explosión del carbunco ó del mal rojo, es lo cierto que el proceso mental que le lleva al descubrimiento de la naturaleza de la infección es la continuación del mismo proceso que años antes le había llevado al descubrimiento de los gérmenes agentes de la fermentación. Hay en la obra de Pasteur, dejando á un lado sus primeros trabajos cristalográficos, una coherencia tan íntima, una trabazón tan lógica, que de estudiarla fragmentariamente, esta obra resulta mutilada.

Para situarnos, recordaremos que no se tenía de los microorganismos otras noticias que las que habían recogido los naturalistas con el auxilio del microscopio. Sus datos eran vagos, inconexos, muy deficientes y exclusivamente de carácter morfológico. Ni había manera con ellos de barruntar qué papel desempeñaban en la tierra, ni por ese camino se habría llegado al conocimiento de la extraordinaria importancia que revisten bajo muchos y variados aspectos. Fué Pasteur quien,

(1) Trabajo leído en la sesión celebrada por el Ateneo de Madrid, en homenaje á Pasteur, con motivo del centenario de su nacimiento.

abriéndose camino á través de ese mundo inexplorado, le puso de manifiesto. Veamos, pues, aunque sea en brevísimo apunte, cómo se inició en los misterios de ese mundo.

De antiguo se sabía que el mosto en el lagar, la harina en la artesa, la putrefacción en la materia orgánica, daban lugar al fermentar á la neoformación de productos de origen desconocido. Considerábase, pues, la fermentación como una actividad transformadora de la materia fermentescible de naturaleza esencialmente química. De Paracelso á Stalh, de Stalh á Liebig, venía creyéndose que la descomposición de la materia orgánica dependía de condiciones inherentes á la materia misma. La observación, sin embargo, había demostrado que la putrefacción (que Liebig tomara como prototipo de la fermentación) se acompañaba de una vida intensísima, con la vegetación de innumerables gérmenes pertenecientes unas veces á variadísimas especies, y otras, á especies más seleccionadas; pero entre esas vegetaciones lujuriantes y los productos neoformados en el medio fermentescible no se vió más que fenómenos coincidentes, dos líneas que corren paralelas sobre el mismo plano. Era naturalísimo que así se viera; desde el momento que se prejuzgaba *a priori*, que la fermentación dependía de una causalidad interna vinculada á la materia misma, forzosamente debía considerarse la vegetación que la acompaña como un mero epifenómeno. Había que renunciar á ese prejuicio y desglosar del concepto genérico de fermentación los casos particulares que asumía, para que el problema pudiera plantearse en términos más concretos y definidos. Así procedió Pasteur. En vez de anticipar qué debíamos entender por fermentación, conforme se venía haciendo desde tiempo inmemorial, como si nada supiera de ella, se limita á observar qué le pasaba al mosto cuando se transforma en vino, comprobando de la manera más sencilla que con la vegetación de la levadura se formaba el alcohol, la glicerina, el ácido succínico; que sin ella el mosto, en mosto se quedaba. Y como quiera que lo que en esta materia fermentescible lo observara lo comprobó á la vez con los caldos de cebada, con la fermentación láctica, con la fermentación butírica, de ello vino á concluir, con excelente acuerdo, que sin la presencia de gérmenes, ni las fermentaciones especiales aparecen, ni la putrefacción tampoco. Su vegetación, pues, no puede estimarse como un epifenómeno, sino como la causa de los cambios químicos que se desarrollan en la materia fermentescible. Esta causa será circunstancial, adventicia si se quiere; pero comprobado experimentalmente, de una manera invariable y constante que con ella la fermentación comienza, que al suspenderse se interrumpe, que reemprende su marcha cuando de nuevo actúa, no necesitamos de más para afirmar rotundamente que el movimiento químico que se desarrolla en la materia que fermenta no depende de la materia misma, sino de causas exteriores que en ella lo provocan. Vinculada su acción á ciertos gérmenes, con su descubrimiento surge en la ciencia la nueva concepción del fermento vivo ó celular muy distinta

de la del fermento soluble ya conocida desde los tiempos de Spallanzani y Mihale.

Ocurrió con ese transcendental descubrimiento lo que ocurre con todos: aclaramos un misterio y nos abrimos á otro. Comprendemos, amaestrados por la experiencia que así nos lo ha enseñado, que sin la presencia del fermento vivo, ni el mosto se convertiría en vino, ni panificaríamos la harina, ni la cerveza podría elaborarse, ni la materia orgánica se podría en la naturaleza; pero al observar de más cerca esas transformaciones y preguntarnos qué las determina, en apariencia al menos, venimos obligados á creer con Barzelius que ello depende de la presencia de esas células, concibiendo así la fermentación tal como se entendía la catalisis. Se descubren, pues, los agentes causales de la fermentación; pero nada se sabe de su modo de obrar ó producirla. El verdadero nudo de la cuestión queda por desatar.

Ese problema, que en las postrimerías de su vida fecunda preocupó hondamente á Cl. Bernard, fué resuelto más tarde por Buchner. Pasteur no llegó hasta ahí. La levadura elabora una zymasa que se difunde en el medio y ataca el azúcar, transformándolo en alcohol. Buchner la extrajo de ella prensándola á alta presión, y una vez obtenido ese fermento soluble, pudieron obtenerse *in vitro* con una disolución de azúcar los mismos efectos que se obtenían con los cultivos, y el grave misterio fué aclarado. Pasteur no gozó de ese triunfo final porque había pasado ya á mejor vida. Las grandes reservas con que fué acogido el descubrimiento de los fermentos figurados por la generalidad de químicos y fisiólogos, fueron debidas al misterio que envolvía su acción. No se comprendía cómo por el hecho de flotar en el seno del mosto determinados elementos vivos, podían ser atacados determinados elementos componentes de ese mosto; faltaba un lazo de unión entre uno y otro factor; faltaba una substancia que mediatizase la reacción química. Bien decía Pasteur que esas células se nutrían á expensas de su medio, y por ende, con el mismo azúcar que en él había; pero á menos de considerar el alcohol como un producto excepcional de la célula, buenamente no era comprensible cómo nacía ó se formaba el nuevo producto.

A la distancia á que hoy nos hallamos de los sabios de entonces, nos parece extraño se atascasen ante una dificultad semejante. Las diastasas ó fermentos solubles que mejor conocemos en los organismos superiores son de procedencia celular. La tripsina, la amilasa, la lipasa, que en el tubo digestivo atacan los materiales proteicos, hidrocarbonados ó grasos con que nos alimentamos, son productos elaborados por las células de la glándula pancreática. Las quinasas que reactivan en el tubo intestinal los fermentos proteolíticos, lo son por las células epiteliales que lo tapizan. Los fermentos que en el medio interno atacan específicamente la substancia extraña que le fué importada por la vía parenteral, dependen de una reacción celular, conforme ha demostrado Abderhalden. No concebimos la aparición espontánea del fermento soluble: siempre la atri-

buímos á una reacción de la materia viva que lo crea. Y siendo esto así, ¿no es obvio suponer que esos elementos unicelulares que llamamos levaduras, bacilos lácticos, butíricos, que se nutren á expensas del medio en que vegetan, viertan en ese medio los fermentos que elaboran como las células federadas de los organismos superiores? Aquí lo raro y sorprendente sería que en estos medios existiesen fermentos sin células que los elaborasen; lo que en aquellos tiempos pretéritos se presentaba como una dificultad invencible, se presenta en los nuestros como cosa llana y natural y aun necesaria. Mas advertid que las claridades que ahora nos alumbran tienen precisamente su punto de arranque y su fundamento en el descubrimiento de los agentes causales de la fermentación. Suprimid á Pasteur, y ya nos falta la primera anilla á la que hemos de aunar la segunda, y las claridades actuales se disipan y las sombras obscurecen otra vez el camino luminoso que nos ha llevado hacia las nuevas verdades.

No habría formulado Pasteur el concepto de la fermentación por manera tan definitiva si la naturaleza misma no le auxiliara en su empresa ofreciéndole en estado de semipureza el cultivo de los gérmenes con que debía demostrarlo. El mosto es un medio idóneo para la fácil vegetación de la levadura. Ya convertido en vino de una cierta graduación alcohólica se abona para el desarrollo de un micoderma tejido con bacilos que flota en su superficie y lo acedifica transformándolo en vinagre. Por su parte, la leche ó sus derivados suministran un medio natural de cultivo á los fermentos lácticos y butíricos. La naturaleza misma selecciona los gérmenes con que se ha de comprobar, si es ó no es verdad que la presencia de la levadura es indispensable para la fermentación del mosto; si es ó no es verdad que la presencia de ciertos y determinados gérmenes son los agentes causales de la fermentación láctica ó butírica. Con el empleo de semejantes medios Pasteur reduce á experimento el tema abstruso de la fermentación, objeto de tantas divagaciones especulativas. Nada de cuanto es anticipado por el razonamiento personal tiene valor mientras no venga comprobado por el testimonio de los sentidos que abiertamente declaran que existe una relación estrechísima entre los cambios químicos que sobrevienen en el medio fermentescible, y las condiciones en que se desarrollan los gérmenes que los causan. Según sean aerobias ó anaerobias esas condiciones, según sea la cantidad de los productos creados, la riqueza nutritiva del medio, la vitalidad misma del fermento, la temperatura, etc., se modifica la marcha del proceso en sentido favorable ó desfavorable y la fermentación queda bajo nuestro dominio técnico, como industria más de que el hombre es árbitro y soberano director.

Como quiera que los cultivos tal como la naturaleza los ofrece no sean abso utamente puros, la marcha del proceso puede torcerse, bien por el desarrollo ulterior de los gérmenes cuya vegetación fué cohibida por la vegetación preponderante del fermento específico, bien por una contaminación exterior. Pasteur descubre la impurificación del cultivo, bien por los nuevos efec-

tos químicos que determina en el medio, bien por el simple examen de su aspecto exterior. Cuando, por ejemplo, el paladar del vino cambia sin motivo aparente, se modifica su olor ó su color, se enturbia ó precipita, busca la causa de esas anomalías intercurrentes en los gérmenes extraños que dan ahora fe de su vida, y no la dieron antes. Así observa, y vaya como muestra, que cuando el *micoderma aceti* oxida el alcohol del vino, el vino no pierde su transparencia; mas si de pronto se enturbia y después se decolora, cambiando ostensiblemente el aspecto del cultivo, ello es indicio de que las anguilillas que estaban confinadas en la parte superior y libre del tonel, conforme las denunciaba el tacto como una grasa untuosa, han invadido al medio.

Ante el espectáculo que Pasteur nos pone de manifiesto al describirnos los gérmenes que específicamente determinan tal fermentación y no otra; ante el espectáculo de su cultivo en los medios naturales y á la vista de los caracteres con que se nos ofrecen en su estado de pureza relativa y de los cambios que experimentan al impurificarse, bien veis que asistimos al nacimiento de la Bacteriología, en una época en que su verdadero fundador no había soñado todavía en que la nueva ciencia podía crearse. Y es que la ciencia, como todo lo humano, necesita de precedentes para formarse; es que también tiene su embriogenia y una gestación muy larga.

Por sus pasos contados y como una evolución lógica del discurso directriz que informaba las investigaciones que en el laboratorio llevaba á cabo, vino á preguntarse Pasteur por los orígenes de los fermentos. Harvey había dicho: *omnia vivunt ex ovo*; Virchow, otro fundador, había concretado más al decir: *omnis cellula e cellula et in cellula*. Las altas dignidades de la ciencia se habían pronunciado ya en este asunto: no hay célula que no proceda de otra célula preexistente. Mas las apariencias de las cosas fascinan y Pasteur se halló en este punto con un ambiente adverso. Como se admitía que la determinante de la fermentación residía en la materia misma, así se admitía que las generaciones de gérmenes que se sucedían en la materia putrescible eran obra espontánea de las fuerzas ocultas que las alumbran. Pasteur tenía sobrados motivos para dudar de que estos asertos dogmáticos fuesen ciertos. Había visto que los fermentos lácticos, que los fermentos alcohólicos, desempeñan funciones fijas, estables, permanentes, transmitidas en serie indefinida de generación en generación; se había formado de los microorganismos fermentos, el concepto de especie química muy distinto del concepto que de ellos tuvieron los naturalistas. Estos los diferenciaron por sus formas, aquel por sus funciones, y si aquellas, versátiles y cambiantes, pueden ser atribuidas á fuerzas espontáneas que las lanzan al ambiente de la vida, éstas no pueden concebirse más que como propiedades adquiridas ya que persisten siempre siendo las mismas. De ahí la repugnancia nativa que debió sentir personalmente contra el espontarismo, ya que esta repugnancia era inspirada por la índole de los trabajos á que consagraba su noble es-

fuerzo. Sus discusiones resonantes, primero contra Pouchet, después contra Fremy y últimamente contra Bastian, demostraron cumplidamente que no aparecía un germen en un medio, que no resultase de una contaminación exterior. Hundido quedó para siempre jamás el espontaparismo: no hay célula que nazca formada de improviso ó sin predecesores bajo la acción de fuerzas irreductibles á experimento, sin que esta conclusión de Pasteur prejuzgue, como se ha dado en suponer, la cuestión de si la materia mineral á través de los estados coloidales intermedios pueda pasar del estado amorfo al estado celular en condiciones naturales, problema cuya solución está reservada á la ciencia del porvenir.

Los artificios experimentales de que se valió Pasteur para la demostración de su tesis, le instruyeron muchísimo y le predispusieron para nuevas empresas. Con ellos llevó al conocimiento de que bajo la vegetación frondosísima que cubre y hermosea la superficie de nuestro planeta existe otra vegetación invisible más abundante y rica que la primera, más activa y más voraz; con ello se dió cuenta clarísima de la difusión enorme de los microorganismos que lo penetran todo, que en todas partes viven y nada existe que les sea inaccesible. La idea de esa panspermia debió germinar en su mente como una de aquellas madres de que nos habla Goethe, insinuándole la creencia de que aquél *contagium animatum* de que nos hablaron los médicos del Renacimiento no es una frase, sino una intuición penetrante que responde á una realidad objetiva. En estas condiciones no es de admirar que Dumas, que seguía de cerca la evolución del espíritu de Pasteur, se interesase vivamente para que fuese él quien estudiase la enfermedad de los gusanos de seda que arruinaba una industria floreciente de la Francia. Yo no os diré cómo cumplió el egregio anciano su cometido, ni cómo en la hora del triunfo la apoplejía le derribó, respetando, sin embargo, en su sensorio lo más noble que Dios puso, para no malograr las futuras hazañas del héroe. Ya había visto cómo los gérmenes hacían presa de un organismo vivo, trocando en una realidad lo que entrevió como una esperanza, y á partir de este momento aquella vaga idea de lo que él llamaba *el problema patológico*, que ya apunta en aquellas obras que titulaba *Enfermedades del vino* y *Enfermedades de la cerveza*, se transforma en obsesión como si un impulso recóndito le llevase hacia ese nuevo horizonte brumoso y vago que divisaba en lontananza. Ved como llegó hasta ahí; ved cómo con visual certera se trazó el camino que debía conducirle; ved cómo aventó las nieblas que envolvían una cuestión que él no había planteado y dispó las dudas sobre la mejor manera de resolverla.

En 1850, Rayer y Davaine habían descubierto en la sangre de los animales carbuncosos unos filamentos transparentes que dieron lugar á muchos comentarios y encontrados pareceres, sin que se acertase con su verdadera significación. Se creyeron hilachas de fibrina.

Cinco años después Pollender reemprende el estudio del curioso fenómeno, comprueba su realidad; hace constar que se acompaña de la aglutinación de

los glóbulos rojos y descubre que se trata de un vegetal y no de fibrina coagulada. Con suma perspicacia se pregunta si estos vegetales constituyen por sí mismos la materia pecante, la materia infectiva, si son los vehículos de esa materia, ó bien si nada tienen que ver con la muerte del animal, cuestiones que hasta treinta años después no debían aclararse y resolverse. Brauell viene á torcer esas sanas tendencias, sosteniendo que ni son vehículos de contagio ni elementos contagiantes directos, sino bacterias banales que en nada se distinguen de otras que aparecen en el curso de la putrefacción; ellas aparecen solamente cortas horas antes de la muerte del animal.

Delafond demostró su naturaleza vegetal cultivando esos gérmenes en la sangre misma y observando que á los cinco días habían doblado ó triplicado su longitud, y á los ocho ó diez la habían cuadruplicado y hasta quintuplicado; pero las dudas le acosan respecto á su papel etiológico. La bacteridia no se desarrolla cuando el animal enferma, sino horas antes de morir; ella desaparece durante la putrefacción y, sin embargo, queda en *los campos malditos* y en *las montañas peligrosas* lo que contagia los rebaños durante largo tiempo, á pesar de que aquella ha desaparecido ya. De estas y otras razones concluye que ese vegetal, cuando aparece en el curso de la enfermedad, hay que estimarlo como un epifenómeno y no como el virus que la determina.

Acumulando unos obligaciones y otros razones en favor de la tesis; aduciendo unos que la inyección de la sangre de animales carbuncosos determina la enfermedad, y afirmando otros que no la determina sino un proceso morboso muy distinto, por no darse cuenta de que la inyectaban podrida, la cuestión no llega á resolverse por agitarse en un caos de dudas y contradicciones. Sólo en la mente de Davaine se formula claramente la concepción personal del papel etiológico de los filamentos que descubriera once años antes, después de la lectura del trabajo de Pasteur sobre la fermentación butírica. La apoya en sólidos argumentos; pero la mejor argumentación no demuestra la verdad en los dominios de la ciencia experimental.

Al través de ese agitado período de discusiones llegamos al descubrimiento de la esporulación de ese vegetal llevado á cabo por Roberto Koch. Con él se explica satisfactoriamente la persistencia del virus en los animales podridos de los que habían desaparecido las bacterias; Koch había visto la transformación del esporo en bacilo una vez sembrado con una partícula de bazo infecto; había inoculado á animales del laboratorio, con lo que había visto en la platina del microscopio y levantado en ellos el carbunco; había dado, en fin, un paso gigantesco para el esclarecimiento del problema; pero no había, con esto, estatuido un método general, adaptable á todos los casos particulares que podían ofrecerse, que demostrase experimentalmente que entre la bacteria inoculada y el síndrome que se desarrollaba, existía la relación de causa á efecto. Koch podía asegurar, á ciencia cierta, que inoculaba el bacilo en litigio; pero no podía asegurar que inoculaba únicamente este parásito; Koch tampoco resolvía

la cuestión de si ese parásito era vehículo del virus ó era el virus mismo. Es más; leyendo con serenidad los trabajos de Koch de esta época se descubre que de lo que menos se preocupaba en ellos, era de establecer la conexión causal entre la presencia del parásito y la reacción morbosa. Los trabajos de Pasteur habían puesto á la orden del día la investigación de las bacterias en los procesos morbosos, estableciendo entre aquéllas y éstos una relación análoga á la que empíricamente se establece entre el *acarus* y la sarna ó entre las tiñas y sus respectivos parásitos. Así, le bastaba á Kleps descubrir gérmenes en la nefritis purulenta ó en las heridas, á Reindfleisch en la pichemia, á Resklinghausen en los abscesos metastásicos, para que á esos gérmenes se les atribuyese una responsabilidad en el proceso que distaba mucho de estar demostrada. Koch también participaba de esa prenoción empírica que reinaba en el ambiente; como los demás, más aspiraba á comprobar la concomitancia entre uno y otro factor, acumulando, en favor de ella, observaciones sobre observaciones que á ligarlos por el vínculo causal. Fué Pasteur quien primero concibió que entre el bacilo de Rayer y Davaine y la enfermedad que crea, media la misma relación que existe entre el fermento figurado y el producto que específicamente forma en el medio en que vive. La directriz le venía de muy lejos, ya lo hemos visto. Lo que importaba era demostrar la realidad del hecho. Otros le precedieron, y no sin fortuna, en el cultivo de la bacteridia; pero nadie, Koch inclusive, lo había cultivado con esa mira transcendente. De ahí que procediese técnicamente de muy distinta manera de como lo hicieron sus predecesores. Pasteur lo siembra en la orina estéril neutra ó ligeramente alcalina y por el método de las diluciones seriadas en grandes cantidades de vehículo llega á obtenerla en estado puro como hilachas de algodón en rama que flotan ó caen en el medio transparente. Como en esos cultivos no hay más que un germen, absolutamente nada más que un germen, trata de saber si al trasplantarlo y proliferar en un organismo receptivo determinará un síndrome patológico, asaz complejo, que conocemos con el nombre de carbunclo. Nada tiene que ver ese síndrome con la producción del alcohol en el vaso que fermenta bajo la influencia de la levadura; pero así como estima que ese alcohol está ligado á la levadura como el efecto se liga á su causa, así venimos obligados á creer, por mediación del experimento, que el síndrome carbuncoso está ligado á la acción de la bacteridia. Apliquemos el mismo procedimiento en cuantos casos se ofrezcan y, como se obtengan los mismos resultados, ello demuestra que el germen patógeno lo es específicamente. Se ha establecido con esto un método de comprobación, análogo al que estatuyó Lavoissier con la balanza, que el progreso de los tiempos podrá simplificar y aún perfeccionar; pero el método subsistirá, en lo que tiene de esencial, como el molde eterno en que la investigación ha de ser vaciada. Con su aplicación la Bacteriología pasa á ser una ciencia experimental.

¿Debemos ahora recordar cómo por esa vía llegó á

descubrir el germen del cólera de las gallinas, el del mal rojo, el gran principio de la atenuación y exaltación de los virus, haciendo detallada mención de la obra estrictamente bacteriológica de Pasteur? Yo creo que esto sería redundante. Pasteur en este punto no es tan grande por lo que personalmente descubrió como lo es por haber abierto el camino que sus sucesores debían recorrer. Si como á Lázaro, una voz divina le despertase del sueño eterno y le devolviese al mundo de los vivos, al contemplar lo que se ha hecho después de su muerte, la obra inmensa que se ha levantado y cuyas cimas no se divisan todavía, quizás se sentiría anonadado y pequeño; pero una voz amiga y llena de unción por el maestro incomparable, podría reanimarle al murmurarle al oído devotamente: «Por ti hemos llegado adonde estamos. Sin ti no hubieran sido posibles las maravillas de la asepsia quirúrgica, ni los prodigios curativos de la seroterapia, ni las múltiples vacunaciones que de tantas enfermedades nos preservan, ni los espléndidos adelantos de la Higiene. Tú pasaste marcando en la tierra una huella tan profunda como la que dejaría si sobre ella descendiese el Dios que lanzó este minúsculo planeta como un grano de polvo en las inmensidades del espacio». ¡Bendita sea tu obra y santificado tu nombre!

Tratamiento del raquitismo por las radiaciones ultravioleta

POR LOS

DRES. J. Y V. GARCÍA DONATO

De Valencia.

Cada día que transcurre representa un avance en el progresivo ensanchamiento del campo de la Medicina física aplicada al tratamiento de las dolencias que afligen á la Humanidad. Unas veces son los físicos quienes discurren nuevas armas ó recursos, que inmediatamente son utilizados por los clínicos; en otras ocasiones son éstos los que vislumbran las acciones terapéuticas, y los físicos se encargan luego de hacerlas realizables, proveyéndoles de los elementos necesarios. Así, vemos cómo después del genial descubrimiento de Roentgen se aprovecharon inmediatamente esta clase de irradiaciones: primero, con fin meramente diagnóstico, y luego, con fin terapéutico, formando cuerpo de doctrina y constituyendo en la actualidad la admirable radioterapia moderna.

De! mismo modo tenemos que, tras los éxitos maravillosos de Rollier, aprovechando las radiaciones de onda corta del sol de los Alpes para el tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas, éxitos que colocaron á la helioterapia en situación tan preeminente, se dieron los físicos á buscar nuevos manantiales artificiales de esta luz para hacer posible tal terapéutica en la época y en los días en que el cielo encapotado no permite tratar á los enfermos en las terrazas de los sanatorios, y para que este tratamiento pudiera practicarse en todo tiempo y en todo lugar.

Tal vez después del hallazgo hecho por Roentgen de aquellas misteriosas radiaciones, que tan modestamente bautizó con el nombre de *rayos X*, uno de los descubrimientos de mayor transcendencia haya sido el de la producción de radiaciones artificiales que permiten sustituir, hasta con ventaja, al foco radiante natural que se llama sol, y

que, como las de éste, puedan ser empleadas como medio curativo.

Es sabido por todos que un haz de rayos solares que atraviesa un prisma se descompone en una serie de franjas coloreadas, las cuales, si se proyectan sobre una superficie blanca, aparecen con el bello aspecto del arco iris con sus brillantes colores, que van desde el rojo y anaranjado en gradación sucesiva hasta el azul y el violeta. Pero lo que nuestra retina ya no percibe son las otras franjas existentes en los dos extremos de este espectro. Por debajo de la franja roja hay otra constituida por los llamados rayos infrarrojos, de acción esencialmente calórica, los cuales, durante los años de la gran guerra, tuvieron una época de boga por haberse intentado emplear con fines bélicos para provocar explosiones á distancia. Estos rayos, así como los otros de la parte inferior del espectro, no nos interesan por el momento.

En la parte superior del espectro existe otra zona que, caso de ser percibida por el ojo humano, se vería proyectada por encima de la franja violeta. Estos rayos, los de onda más corta del espectro solar, son los llamados *rayos ultravioleta*, cuya característica es su acción de índole esencialmente química. El foco natural que los emite en cantidades enormes es el sol; pero al llegar á la atmósfera terrestre, como se trata de radiaciones sumamente absorbibles, se encarga ésta de ir las reteniendo por causa principalmente del vapor de agua en estado vesicular, de los polvos atmosféricos y del humo, y aun el mismo aire actúa de filtro absorbiéndolos y reteniéndolos, de forma que, una vez en el llano, esta radiación solar se ha empobrecido de tal manera en rayos ultravioleta, que su acción terapéutica aprovechable es, desgraciadamente, muy escasa.

Esta es la causa por la cual ha habido necesidad de establecer los sanatorios que utilizan la acción curativa de la radiación ultravioleta natural, en lo alto de las grandes montañas, y en parajes donde la diafanidad y pureza de la atmósfera son casi constantes. Davos, Samaden, Leysin, son universalmente conocidos por estas condiciones. Nuestro sanatorio del Guadarrama, aunque todavía no tenga su fama tan extendida como estos otros, también reúne las condiciones necesarias para el aprovechamiento de la radiación ultravioleta natural.

Pero no todos los enfermos se hallan en condiciones físicas ó económicas para poderse permitir una cura larga de sanatorio, y el problema quedó virtualmente resuelto al demostrarse que los rayos luminosos útiles en terapéutica son los ultravioleta más próximos al espectro visible, rayos que producen en cantidad extraordinaria las lámparas de cuarzo de vapores de mercurio.

Estas lámparas se hallan constituidas esencialmente por un quemador formado por un tubo de cristal de roca fundido, el cual tiene una doble acodadura como una U más ó menos modificada. Este quemador va lleno solamente en parte con mercurio y se intercala en un circuito eléctrico. Si hacemos, mediante cierta maniobra, que el mercurio de una rama se ponga en contacto con el de la otra, de manera que no haya entonces solución de continuidad en el circuito eléctrico, damos paso á la corriente, y luego de esto, haciendo bascular el quemador, hacemos que se separe otra vez el mercurio en dos partes, volviendo á su posición primitiva, saltará el arco eléctrico, el cual arderá en una atmósfera constituida por los vapores del mercurio, cuyo arco, si la lámpara es bastante potente, emitirá una luz deslumbradora muy rica en radiaciones violeta y ultravioleta.

Sobre estos fundamentos están construidas las diferentes lámparas productoras de esta clase de rayos que se emplean

con fin médico. La lámpara de Kromayer lleva refrigeración de agua, dentro de la cual se halla sumergido el quemador de cuarzo, y produce una radiación de mucho poder actínico. Se emplea de preferencia en dermatología. Las lámparas de Bach y de Jesionek, construidas en Hanau, no llevan refrigerador de agua y son más apropiadas para irradiaciones lejanas, de grandes superficies orgánicas ó de la totalidad del cuerpo.

No es nuestro objeto entrar en detalles sobre la acción fisiológica de las radiaciones de onda corta, y apuntaremos tan sólo que, por virtud de ellas, afluye una mayor cantidad de sangre á la periferia del organismo, descomgestionando, como efecto inmediato, los órganos profundos y rebajando la tensión arterial. Esta sangre periférica, al cargarse de la energía que la luz le proporciona, se vuelve más apta para que á su hierro se incorpore el oxígeno, y, como sucede tras de la insolación natural, los enfermos sometidos á la helioterapia artificial mejoran en su estado general, se activa su apetito, y al cabo de algunas sesiones se pigmentan, adquiriendo su piel el aspecto atezado del cutis de los labradores ó de la gente de mar.

Las diferentes radiaciones solares tienen una influencia decisiva sobre el desarrollo de los vertebrados, y las experiencias de Leredde y Pautrier lo demuestran de manera palpable y categórica. Estos autores tomaron tres lotes de renacuajos procedentes de una misma cría y todos del mismo tamaño, y los colocaron en tres acuarios ocluidos por vidrios de diferente color: el del primer acuario era blanco, el segundo, de color rojo inactínico, y el último era azul. Después de transcurrido un mes, los renacuajos del acuario rojo conservaban todavía su cola y respiraban por las branquias; en cambio, los del acuario que recibía la luz tamizada á través del vidrio azul, habían perdido la cola, se les habían desarrollado las patas, y la respiración, de branquial, se les había convertido en pulmonar. Como el resto de las condiciones era idéntico para unos y para otros, pues hasta el agua en la que vivían había sido tomada del mismo charco, no cabe la más mínima duda que el retraso de los renacuajos del acuario rojo había sido debido á la carencia de radiaciones de onda corta.

Si tomamos un conejo joven y le hacemos vivir en un espacio sin luz, observaremos cómo sus huesos no se calcifican, y por último, después de detenerse su crecimiento, padece de enteritis (Charrin).

Es hecho desde añejos tiempos conocido que, una de las condiciones que favorecen la producción del raquitismo, es la permanencia prolongada del individuo en espacios pobres de luz. El viejo proverbio de que «donde no entra el sol entra el médico», tenía aquí una apropiada aplicación. El por qué de este hecho no se conocía bien, pero los resultados estaban largo tiempo comprobados. Ultimamente, parece que hay tendencia á atribuir á la piel una acción endocrina reguladora de defensas y del proceso de la nutrición, y ya se sabe que las radiaciones de onda corta á dosis prudentes, determinan una excitación de las funciones de los órganos sometidos á ellas. Probablemente, la piel, excitada en su funcionalismo por rayos de gran poder actínico, se encarga de regularizar el metabolismo.

Todas estas acciones y estos hechos experimentales eran conocidos; así es que si se pensó en utilizar la radiación ultravioleta para tratar el raquitismo, no fué debido á ninguna intuición ni á una casualidad, sino que existían ya fundamentos teóricos y experimentales que autorizaban é incitaban á llevarlo á cabo.

Es el raquitismo enfermedad que siempre ha dado un contingente bastante numeroso en patología infantil, si bien

en estos tiempos de carestía de vida parece que tiene todavía tendencia á extenderse más. En Alemania y Austria, sobre todo, durante la guerra y á causa del bloqueo del hambre á que estuvieron sometidos todos sus moradores, sin excluir, desde luego, su numerosa población infantil, tomó el padecimiento caracteres inusitados en cuanto á extensión é intensidad del mal, y nosotros tuvimos ocasión de poder observar con profunda lástima la transformación experimentada por aquellas bandadas de hermosos niños rubios, de claros y alegres ojos azules y encendidos mofletes, que jugaban en otros tiempos en los jardines de Berlín y de Francfort, substituídas por otros niños de ojos tristes y reflexivos, gruesas cabezas y miembros lamentablemente deformados. El tratamiento en estos pobres niños tuvo por fuerza que ser de palpitante actualidad, y entonces fué puesta de relieve la deficiencia de nuestros recursos farmacológicos, aunque sin dejar de reconocer el valor de la medicación fosforada y la integrada por las sales de cal.

No obstante, un nuevo é importante elemento comenzaba ya á emplearse, y los resultados obtenidos con él animaban á proseguir la experimentación clínica. Nos referimos á la helioterapia natural ó artificial. Buchholz, de Berlín, llamó la atención sobre la importancia de este método, y dió á conocer los excelentes éxitos alcanzados. Por otra parte, G. Riedel, de Francfort, durante el verano de 1919, y tras la aplicación combinada de los baños de sol natural y artificial, observó también grandes progresos en la curación del proceso raquíctico. Después de éste, Huldshinsky, de Berlín, observó la curación de dicho padecimiento por medio de la insolación artificial de sus enfermos, curación que se obtenía en el transcurso de ocho á diez semanas. Estas curaciones se comprobaban mediante concienzudos estudios radiográficos de los huesos afectados, en los que se podía apreciar después del tratamiento la manifiesta calcificación del esqueleto y la perfecta delimitación de las desdibujadas y borrosas siluetas de los núcleos epifisarios. Enfermitos tan endeble, que su estado no les permitía más que estar echados en la cama, á los dos meses podían sentarse ya, sin ayuda de nadie.

El método empleado por Riedel, además de la insolación artificial, se auxilia de un ligero masaje y de algunas pequeñas tomas de cloruro de calcio. En caso de deformidades graves de los miembros, echa mano también de la osteoclasia, sin temor á las pseudoartrosis, pues gracias al influjo de la luz ultravioleta, el callo óseo se forma con rapidez y resulta sólido.

De su numerosa estadística (algunos centenares de casos), obtenida en la Clínica de Cirugía Ortopédica de la Universidad de Francfort, tomaremos algunos muy demostrativos y que han podido ser observados clínica y roentgenológicamente:

Caso I: N. N., de tres años, notable incurvación en O de ambas piernas; coxa vara, epífisis ensanchadas y acentuada atrofia ósea. Diagnóstico: raquitismo florido.

El 20 de Octubre, osteoclasia manual de ambas piernas seguida de enyesado. A partir del 28 del mismo mes, irradiación ultravioleta, quitándole el enyesado el 25 de Noviembre. El 17 de Diciembre, radiografía de comprobación: osteoclasia bien curada por debajo de la parte media de la tibia; límites de las epífisis bien acusados. Desaparición de la atrofia ósea.

Caso II: N. N., de siete años. Ingresa el 5 de Diciembre. Radiografía, el 8. Espacios epifisarios de las muñecas y de las rodillas muy ensanchados. Considerable atrofia ósea. Desde el 10 de Diciembre, sesiones de luz ultravioleta. Radiografía de comprobación, el 29 de Enero. Gran mejoría de su raquitismo.

Caso III: N. N., de cuatro años. Ingresa el 17 de Septiembre de 1919. Piernas en O, por raquitismo. Fuerte atrofia de las epífisis, así como de las diáfisis. La línea epifisaria del fémur está tan borrosa, que no pueden distinguirse sus límites. Lo mismo sucede con las líneas epifisarias de la tibia y del peroné. Coxa vara doble; la cabeza del fémur, sin línea epifisaria visible.

20 de Septiembre: osteoclasia manual de ambas piernas.

20 de Octubre: se quita el enyesado. Las fracturas se encuentran completamente sueltas, sin consolidar.

22 de Octubre: radiografía. Estado de la osteoclasia en ambas piernas: fractura transversal de la tibia entre el tercio medio y el inferior; un poco más baja en el peroné. Formación de un callo apenas aparente, con enorme dislocación de los fragmentos, formando ángulo hacia adentro. Pie en buena posición con respecto á la rodilla. Espacios epifisarios de esta articulación imposibles de delimitar.

No hay variación alguna, refiriéndonos á la primera radiografía.

Se le coloca un nuevo enyesado bivalvo para poder quitar la parte superior y permitir la irradiación ultravioleta, que comienza el 24 de Octubre.

18 de Noviembre: se le quita el enyesado.

20 de Noviembre: buena formación del callo.

10 de Diciembre: radiografía de control; osteoclasia bien curada, tercio inferior de la pierna. Notable mejoría del raquitismo. Las líneas epifisarias son todavía un poco indecisas.

Caso IV: N. N., de cinco años. Admitido el 16 de Septiembre de 1919, á causa de encorvamiento raquíctico de todas sus extremidades.

Radiografía el 2 de Junio. El cúbito se halla doblado hacia el radio é irregular en su extremidad distal. En el brazo derecho, las epífisis son de aspecto irregular é infundibuliformes. Las líneas epifisarias de los huesos de las extremidades inferiores aparecen como festoneadas.

Este caso de raquitismo florido no obtuvo beneficio de ninguna especie por el tratamiento habitual dietético y farmacológico. La comprobación radiográfica que se practicó el 2 de Octubre, no acusó ninguna variación respecto al estado en que se hallaban los huesos en el mes de Junio.

Se comienza la irradiación ultravioleta, á partir del 18 de Octubre. El 18 de Noviembre se le practica la osteoclasia del cúbito y radio, bajo anestesia por el éter. Contención por medio de enyesado.

20 de Noviembre: radiografía. Encorvamiento en forma de X de ambas tibias; espacios epifisarios estrechos y lisos. La mano enyesada, á causa de la osteoclasia del radio y del cúbito. A dos traveses de dedo por encima de la muñeca aparece la fractura osteoclásica en forma transversal, dejando un espacio en forma de cuña abierto entre los fragmentos por consecuencia del enderezamiento de los huesos.

8 de Enero de 1920: control radiográfico. El raquitismo de la articulación de la muñeca, curado casi en absoluto. La epífisis del radio se encuentra ahora en el mismo plano y casi á la misma altura que la epífisis cubital. Existe todavía una ligera desviación de la mano en el sentido del radio. El amplio espacio que había dejado la fractura está completamente relleno por el callo.

Caso V: N. N., de cuatro años y medio. Ingresa el 23 de Julio de 1919. Raquitismo clínicamente grave con deformación en O de ambos fémures. No le es posible estar en pie, y aun para permanecer sentado, necesita de sostenes. Su decúbito normal es el horizontal.

Radiografía, el 23 de Julio. Huesos con atrofia muy acentuada, espacios epifisarios borrosos. Los núcleos epifisarios

son apenas visibles, Fémures fuertemente encorvados y con señales de haber sufrido fracturas múltiples.

El resultado obtenido por el tratamiento ordinario fué completamente negativo, por lo que comenzó á irradiarse el 18 de Octubre.

18 de Noviembre: mejoría clínica evidente. El niño está muy despabilado, se pone derecho en la cama y ya pasea por la habitación.

17 de Diciembre: control radiográfico. Las epífisis se encuentran ahora bastante acusadas y con fuertes depósitos de cal.

Como acabamos de ver en estas historias clínicas resumidas y, sobre todo, teniendo en cuenta el conjunto de los casos tratados por diferentes autores, los cuales ascienden á muchos centenares, el método actual de tratamiento de los raquíticos floridos representa un importante progreso, pudiéndose con él llegar rápidamente á la completa curación de la enfermedad. El proceso curativo se acelera extraordinariamente, gracias al empleo de la luz ultravioleta, y el contraste es manifiesto cuando se le compara con los métodos antiguos.

Para el tratamiento quirúrgico de las deformidades raquíticas de las diáfisis óseas, hay que tener en cuenta la oportunidad, y ésta se halla determinada por la edad del enfermo y por el estado de la enfermedad. Según Frangenheim, el tiempo oportuno para intervenir nunca debe hallarse antes del cuarto año de la vida del enfermo. Tampoco deberá *intervenirse* antes de que el proceso florido se haya curado.

Aparte del estudio clínico del enfermo, el examen radiológico tiene una importancia extraordinaria para el diagnóstico, para el pronóstico, y sobre todo es de un valor inestimable para poder comprobar durante un tratamiento los resultados que con él se obtienen. Bosquejaremos ligeramente los caracteres roentgen del raquitismo.

Lo que primero nos llamará la atención al examinar la imagen radiológica de un hueso raquítico es su extrema transparencia, la que se explica sencillamente por la pobreza de éste en elementos minerales, que son los que acentúan las sombras por absorber en cantidad los rayos X.

Las epífisis tienen una textura esponjosa muy exagerada, y suelen estar ensanchadas en forma de embudo ó de copa, ensanchamiento que aparece más evidente al compararlo con la delgadez de la canilla. La masa ósea cortical suele aparecer como interrumpida por lagunas, debido á la desigual mineralización del hueso, y su extremo aparece como festoneado por la irregular penetración del cartílago epifisario en la diáfisis.

En el proceso curativo del raquitismo, éste es uno de los caracteres que desaparecen primeramente: al sobrevenir la curación se presenta una limpia línea epifisaria, desapareciendo la línea sinuosa ó festón que separaba el hueso del cartílago.

Según las observaciones de Magnus y Wahlauer, al no aparecer este estadio de osificación sino después del cuarto año de la vida, nunca nos estará permitido intervenir quirúrgicamente las desviaciones óseas antes de que el niño alcance esta referida edad, opinando Magnus que no se deberá hacer esto antes del quinto año. De todos modos, para determinarse á intervenir, nunca será sin haberse cerciorado, merced á una buena fotografía, de que el proceso florido se encuentra bien curado.

Antiguamente, ó mejor dicho, antes del empleo de la luz ultravioleta, la curación de las fracturas en los raquíticos era de una extraordinaria lentitud. Muchas veces, después de la quinta semana, no se veía todavía ninguna tendencia á la formación del callo, y en tales circunstancias el peligro

de una pseudartrosis definitiva era un peligro que hacía vacilar muchas veces la mano del cirujano, que se exponía á producir una deformidad irremediable por corregir otra de no tan gran importancia. El retardo en la formación del callo en los raquíticos osteotomizados era constante; pero hoy, gracias al empleo de la luz de las lámparas de cuarzo, se ha corregido notablemente; merced al abundante depósito de sales de cal se forman buenos y resistentes callos.

Si ahora se nos pregunta de qué manera obran los rayos ultravioleta para determinar estas acciones biológicas que son indudables y que la clínica y el laboratorio Roentgen comprueban, tendremos que confesar sencillamente que no lo sabemos. Pero el hecho es cierto, y al fin de cuentas tampoco estamos más adelantados en la explicación de la etiología del raquitismo. Si una de las causas que predisponen á él es la vivienda lóbrega y poco soleada, ¿qué es esto, al fin y al cabo, más que una deficiencia de rayos ultravioleta? La hipótesis de la acción endocrina de la piel tampoco es para dejarla á un lado sin reflexionar sobre ella.

Para poder emprender esta clase de tratamiento se debe disponer, desde luego, de un manantial poderoso de radiación ultravioleta; las grandes lámparas de Hanau, de quemador de 20 centímetros, son muy apropiadas para este objeto. Dos lámparas en serie serán muy convenientes cuando la talla del niño pase de los 70 centímetros, pues si trabajamos con una sola, la radiación se recibe de manera tan desigual por causa del decrecimiento de la intensidad lumínica, en virtud del cuadrado de la distancia, que es posible producir una vesiculación del abdomen del enfermo antes que los pies den apenas reacción. Se debe medir escrupulosamente la distancia desde el foco radiante hasta la superficie de la piel, previamente determinada con el actinómetro la intensidad requerida. A 80 centímetros foco-piel y con las lámparas de 6.000 bujías, vienen á ser necesarios unos cuarenta y cinco segundos, próximamente, para determinar en las primeras sesiones una reacción de primer grado en la piel tierna de un niño.

Estas sesiones iniciales hay que practicarlas con cautela, pues como se irradia toda la superficie cutánea, una superdosación provocaría la quemadura con vesiculación y flictenas que—inofensiva en pequeño territorio,—dada la extensión de la superficie irradiada, podría ser de efectos sumamente desagradables. Una vez pigmentado el individuo, se pueden ir prolongando las sesiones en progresión creciente. Haldschinsky aumenta la duración de las sesiones de minuto en minuto, hasta llegar á veinte, y Riedel es más atrevido y asciende de dos en dos minutos, hasta alcanzar irradiaciones de media hora.

La técnica que nosotros empleamos para las irradiaciones generales, es un poco diferente. El enfermo se halla acostado sobre una mesa cubierta por un paño blanco, como asimismo es blanca la habitación donde se hace el tratamiento, para aprovechar al máximo la energía luminosa. La primera parte de la sesión transcurre estando el enfermo en decúbito supino y la segunda en decúbito prono. Damos la radiación, calculada, con la que producimos el eritema solar, y luego ya no repetimos la sesión hasta que esta reacción ha desaparecido. En las otras dos sesiones siguientes procedemos de la misma manera, y á partir de la tercera, vamos aumentando el tiempo de insolación, contando primero por fracciones de minuto, y después, conforme la piel se va haciendo resistente, en virtud del pigmento acumulado, las prolongamos, no uniformemente, sino en proporción aritmética. El tiempo máximo empleado por nosotros, que utilizamos lámparas de 6.000 bujías, es de veinte minutos, pareciéndonos superfluo sobrepasar esta duración.

Cooperación al conocimiento de los síndromes del centro oval ⁽¹⁾

(UN CASO DE CEREBRO ATRAVESADO POR BALA DE FUSIL)

POR EL

DR. CÉSAR JUARROS

Nos encontramos, por tanto, frente a un sujeto con hemiparesia y hemianestesia derecha, anosmia, disminución del sentido del gusto del mismo lado, cambios del carácter, honda alteración del mecanismo de la asociación de ideas, de la percepción y de la facultad de pensar y amnesia, á más de un trastorno del lenguaje, tipo de ceguera verbal.

Terminada la exploración nos interesaba determinar cuáles eran las regiones cerebrales atravesadas por el proyectil y en esta labor nos ayudó el catedrático de Anatomía de la Facultad de Medicina de Madrid D. Julián de la Villa, formolizando varios cerebros, cuyos cortes, comparados con los croquis obtenidos en Tetuán, nos permitieron fijar que la bala debió penetrar entre la segunda y tercera frontal, cruzando el centro oval para buscar salida á la altura de la primera parietal.

A esta conclusión llegamos tras minuciosas comprobaciones en cabezas de dimensiones y formas análogas á la del soldado objeto de estas cuartillas.

Y como al comparar tales datos con doctrinas en circulación en los modernos tratados de Neurología descubrimos interesantes contradicciones, vamos á examinar aisladamente cada uno de los problemas.

* *

Hemianestesia.—Apartándose los trastornos sensitivos radicalmente de lo que es corriente admitir, nos obligó á insistir en las comprobaciones, teniendo en cuenta las reglas aconsejadas por Sievers (1), aunque facilitaba la exploración el que los trastornos mostrábase precisos y claros, dando la razón á Helene Frank (2) cuando escribe que las anestias de tipo cortical son siempre fuertes si la lesión radica en el lado izquierdo, y en tal sentido no comparables á las ligadas á heridas del hemisferio derecho.

Para Dejerine (3), si la zona sensitiva cortical hallase muy lesionada, da lugar á:

- a) Alteración grande del sentido de las actitudes, en nuestro caso: *intacto*.
- b) Alteración del sentido de localización y de la discriminación táctil, con aumento de los círculos de Weber: N. c.: *muy poco marcada*.
- c) Alteración de la percepción estereognóstica: N. c.: *normal*.
- d) Sensibilidades táctil, dolorosa, térmica, á la presión y ósea, poco atacadas: N. c.: *muy atacadas ó abolidas*.

En trabajo posterior MM. Dejerine y Mouzon (4)

señalan frente á este síndrome habitual otro menos frecuente:

- a) Sensibilidades vibratoria, térmica y dolorosa muy alteradas: N. c.: *abolidas*.
- b) Sensibilidad al contacto conservada: N. c.: *suprimida*.
- c) Identificación de objetos y sentido de las actitudes normales: N. c.: *normales*.

Es aun más curiosa la discordancia por existir casos registrados, como el de Roussy y J. Branche (5), de heridas limitadas al lóbulo parietal donde la alteración de las sensibilidades superficiales fué muy pequeña y grande las de las profundas.

No paran en esto los desacuerdos, pues mientras H. Head (6) del examen de la sensibilidad en 21 soldados heridos en la región de las F^a y P^a deduce que los trastornos de la sensibilidad son de intensidad desigual variando de un dedo á otro por tener localizaciones corticales propias; en mi enfermo los fenómenos eran de una perfecta homogeneidad, en toda la mitad anestesiada. En el sentido de las opiniones de Head y opuestamente á nuestra observación, aboga entre otras la historia clínica publicada por Guillain (7) de herida de la P^a y P¹ originando una astereognosia absoluta de la mano derecha, con integridad de las sensibilidades superficiales.

Mme. Athanasio Benisty (8) por su parte ha insistido también en que las lesiones de la zona parietal originan alteraciones sensitivas casi exclusivamente en las extremidades, poseyendo los segmentos proximales de muy limitada representación cortical. Con estas ideas coincide H. Brunschweiler (9) en lo relativo á una mayor alteración sensitiva de las partes distales y es también en su favor la opinión de Redlich (10) quien en cinco traumatizados halló que los trastornos de la hemianestesia no llegaban á la línea media existiendo zonas en las cuales la perturbación crecía, á medida que el explorador se apartaba de dicha línea.

Frente á estas opiniones Goldstein Kurt y Frieda Reichmann (11) estudiando 94 ejemplos de trastornos sensitivos corticales hallaron varios limitados exactamente por la línea media, especialmente en la cabeza, y Elia Salkund (12) en un herido de la región parietal derecha, comprobó una gran alteración de la sensibilidad superficial mucho menos ostensible en la profunda. Es también muy de tener en cuenta la opinión de Van Genshten (13), para la cual la anestesia es *total* si son lesionadas las fibras corticotalámicas.

¿Podría estar aquí la razón del disentimiento? Constituye invitación á pensar en ello el enfermo que Thomas y Ceillier (14) presentaron en Enero de 1917 á la Sociedad de Neurología de París.

Hemianestesia por herida en la región parietal izquierda, con las particularidades siguientes:

Sensibilidad al tacto: abolido más en la extremidad que en la raíz; al dolor: muy disminuída; á la temperatura muy alterada; ósea: embotada; sentido de las actitudes: abolido en el pie y la mano, disminuído en el hombro, codo y rodilla; sensibilidad á la presión: alterada; pero existente astereognosia absoluta.

(1) Véase el número anterior.

La explicación dada por el autor á esta variante clínica de herida en la región parietal, sería la de tratarse de una lesión subcortical.

Indudablemente pudiera residir ahí la clave. ¿El síndrome que antes expusimos correspondería á la lesión de una parte de las fibras tálamo-corticales que van á proyectarse á la corteza del lóbulo parietal (15) probado en las áreas 1, 2, 3, 5, 7, 39 y 40 de Brodmann? (16). Admitirlo equivaldría á suponer una conducción distinta bien delimitada en el centro oval para la sensibilidad superficial y la profunda; pero nos quedaría por valorar la participación que en el cuadro clínico pueda tener la lesión de la P^I . Solo caben dos soluciones: ó dicha circunvolución no tiene significado alguno especial en la función sensitiva, dando nuestra observación sólido punto de apoyo á Dejerine (3), cuando proclama que solo la P^a es sensitiva, ó en esta circunvolución se proyectan las fibras de la sensibilidad superficial.

Finalmente podríamos hallarnos ante un ejemplo de hemianestesia central al modo de lo pensado por L. Turck y Charcot, por lesión del segmento posterior de la cápsula interna. Pero no podemos admitirlo ya que el proyectil no debió alcanzar dicha zona, según resulta de los cortes hechos por el Dr. Villa.

Por último, cabe sustentar que lo atípico de la hemianestesia se deba á que, como quieren Villaret y Beaulieu (17), los centros sensitivos de la corteza hallanse distribuidos según una sistematización propia, aún por dilucidar.

Fáltanos únicamente en lo que á sensibilidad se refiere destacar lo pronunciado de la anosmia y de la abolición del sentido del gusto, en la mitad derecha. Lo olfatorio no impone quebraderos de cabeza, pues la proyección central de las fibras olfatorias (15) es en la F^{III} circunvolución herida por el proyectil.

La intensidad de los trastornos del gusto pudiera deberse á que, según Long y de Gennes (18), la función de la parte anterior de la lengua depende de la corteza sensitiva.

En resumen: *una lesión del centro oval y de la P^I izquierdos ya que las F^{II} y F^{III} no parecen ligadas á la sensibilidad — causa una hemianestesia derecha de las sensibilidades superficiales con integridad de las profundas, anosmia y abolición de la función gustativa en la mitad derecha de la lengua.*

Afasia.—En lo referente al trastorno del lenguaje puede esquematizarse así el cuadro:

I Anartria que cede dejando por residuo.

II Alexia y agrafia, ¿pequeña afasia de Wernicke?

La anartria tendría explicación, basándose en las teorías clásicas, que atribuían este síndrome á lesiones de las fibras de proyección correspondiente á la F^{III} . Igualmente satisfactoria es la solución derivada de las enseñanzas de la pasada guerra europea (19), según las cuales la anartria corresponde á los traumatismos de la parte inferior de la F^a , á la superior de la extremidad posterior de la F^{III} y al extremo superior de la parte posterior de la F^{II} .

La agrafia que quedó como residuo, también sería

justificable, según las ideas clásicas, por la herida de la F^{II} , de querer concederle el valor de síndrome afásico disociado.

Por el contrario, en los trastornos de la lectura hay beligerancia para tres suposiciones, á base de que como ha puesto de relieve Pierre Marie (20), las perturbaciones del lenguaje con alexia en las heridas de guerra, suelen ser dependientes de los traumatismos que interesan el pliegue curvo, vecindades del punto de salida del proyectil.

¿Se hallará interesado el pliegue curvo? Juzgando por los cortes formolizados que estudiamos, nada autoriza tal suposición. ¿Será un caso de diasquisis, ajustado á las ideas de Monakow? (21) ¿Nos encontraremos ante una lesión marginal de la zona del lenguaje, al modo de las descritas por Foix? (22).

Quizá fuera aproximarse á la verdad, atribuirlo todo al destrozo de hacecillos de la substancia blanca, pues si no, vendría á degenerar en confusión bizantina el empeño de ajustar los signos clínicos á cualquiera de las opiniones de Marie, Dejerine, Monakow, Mingazzini, etc.

Hemiplejia:

La hemiparesia corresponde totalmente á la experiencia registrada por Foix (23) durante la guerra: inmediatamente después de la herida: anartria. Hemiplejia transitoria.

Esto corresponde bastante exactamente á las ideas defendidas en su tesis por Montes de Oca (24). Para él la hemiplejia derecha con afasia se acompaña, en los dos tercios de los casos, de hemianestesia en que la sensibilidad superficial es la más atacada. La dificultad de cerrar aisladamente el ojo derecho, no sólo resulta común á gran cantidad de hemipléjicos en los que constituye una prueba de la participación del facial superior, sino que cabe observarlo en personas sanas.

Hasta ahora no hay, por tanto, gran separación de lo que en clínica es corriente y moliente.

Las dificultades corresponden á la existencia del signo de Babinski y á la distribución de la parálisis.

Son varios los autores (25) que sostienen que en las hemiplejias por herida de guerra suele faltar el reflejo cutáneooplantar en extensión y bueno será hacer constar que, siguiendo los consejos del propio Guillain (26), lo examinamos en la posición dorsal clásica y en posición ventral dobladas las piernas en ángulo recto sobre los muslos.

Igualmente debe anotarse que no coincide la distribución de la parálisis con lo afirmado por Wernicke y Mann, de que en el hombro la adducción es lo mejor conservado y en el codo la pronación, hallándose alterada, sobre todo en el brazo, la rotación hacia afuera y la elevación, estando en la muñeca y los dedos casi abolidos los movimientos, en especial oposición del pulgar y de lateralidad, encontrándose en el miembro inferior más entorpecida la flexión que la extensión, pues como precisamos en la primera parte del artículo, en el hombro es la adducción la más lesionada, en el codo la flexión, en la muñeca la abducción y adducción, así como en los dedos, salvo en el pulgar, en el

cual la flexión no se hace completa, resultando en cambio totalmente coincidente en lo relativo al miembro inferior, alzándose en ambos nuestra observación contra el parecer de Dejerine (3), para quien todos los grupos musculares son atacados por igual.

La justificación anatómica de la hemiparesia básiase en encontrarse atravesadas ó, mejor dicho, traumatizadas las dos primeras circunvoluciones frontales, obligando á pensar lo arbitrario de la gradación de la paresia, más que en etiología cortical, en una dislaceración y rotura de fibras en su travesía por el centro oval.

Trastornos mentales.—Compendiadamente puede exponerse:

Disminución de la memoria.

Alteración del mecanismo de la asociación de ideas.

Torpeza en la percepción.

Embotamiento de la facultad de pensar.

Contra lo ocurrido en los aspectos anteriores, la presente historia desde algunos puntos de vista coincide ahora con ideas en circulación. Así, por ejemplo, dice C. Julliard (27) que con las heridas de encéfalo pueden formarse dos grupos: con predominio de trastornos cerebrales difusos y con relieve de síntomas localizados. En el primer caso el pronóstico es grave; en el segundo, favorable. Y en efecto, nuestro historiado entra de lleno en esta segunda modalidad.

Mignard (28) sostiene que el síndrome consecutivo á las heridas de cerebro no es nunca constituido por supresión de funciones, sino por entorpecimientos, por embotamientos, tal cual ocurre en Pinillo. Análogamente sucede con las pruebas de Veraguth (29).

En cambio, Borsari (30) relata una fractura de cráneo, con inflamación á nivel de los lóbulos frontales, con euforia, abulia, pérdida de la atención y disminución de la memoria, lo que le asemeja bastante á los datos antes consignados.

También corrobora la importancia concedida por Goldstein (31), á la espontánea reeducación en las gentes jóvenes, ya que poco á poco en nuestro soldado sin labor alguna técnica, se ha ido avanzando en el camino de la normalidad.

Finalmente, significa una argumentación favorable á la admirable obra de Branchi (32).

Hemos descrito un caso de herida de las F^{II} ó F^{III} P^I y centro oval.

Los síntomas pueden catalogarse así en orden de interés.

Hemianestesia.

Alexia y agrafia residuo de una anartria.

Hemiparesia.

Trastornos intelectuales.

Estos signos podrían explicarse por lesión de las citadas circunvoluciones, de no haber desacuerdo tan grande con lo observado, cuando ellas son traumatizadas, como el ser las sensibilidades superficiales las invadidas, lo anómalo del tipo afásico y lo arbitrario de la distribución de la paresia.

¿Puede pensarse, en vista de ello, sin obligar á que intervenga la fantasía, en que estas desviaciones sean consecuencia de la participación del centro oval?

Poco supone un caso, pero esto poco no debe darse al ovido.

ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO DEL ARTÍCULO

- 1) Sievers: *Munch. med. Wochenschr.*, núm. 67, 1920.
- 2) Helene Frank: *Zeitschr. f. angew. Psychol.*, núm. 19, 1921.
- 3) Dejerine: *Semiologie des affections du système nerveux*, 1914.
- 4) MM. Dejerine y Mozon: *Soc. de Neurol.*, 4 Noviembre, 1915. R. N.
- 5) G. Roussy y J. Branche.—*Soc. de Neurol.*, 11 Abril, 1918. R. N.
- 6) H. Head, *Brain*, págs. 41-57, 1918.
- 7) G. Guillain: *Bull. et Mem. de la Soc. med. des Hôp. de Paris*, números 35, 36 y 37, 1917.
- 8) Mme. Athanasio Benisty: *The Paris*, 1918.
- 9) H. Brunschweiler: *«Zur Diagnose und Behandlung der Spätfolgen von Kriensverletzungen»*, Zurich, 1919.
- 10) E. Redlich: *Neurologisches Centralblatt*, núm. 22, 1915.
- 11) Goldstein Kurt y Frieda Reichmann: *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. u. Psych.*, págs. 41 y 2, 1919.
- 12) Elia Salkund: *La Riforma Medica*, núm. 41, 1917.
- 13) Van Geuchten: *Les maladies nerveuses*, Lovaina, 1920.
- 14) A. Thomas y H. Ceillier: *Soc. de Neurol.*, 11 Enero 1917. R. N.
- 15) A. Weber: En *Traite d'Anat. humaine*, Poirier-Charpy, t. III.
- 16) K. Brodmann: *Jo urn. f. Psych. und Neurol.*, 1905-1906.
- 17) Villaret y Beaulieu: *Paris Médical*, núm. 23, 1916.
- 18) Long y de Gennes: *Soc. de Neurol.*, 3 Marzo, 1921. R. N.
- 19) Pierre Marie y Foix: *Rev. Neurologique*, números 2 y 3, 1917.
- 20) Pierre Marie: *Rev. Neurologique*, números 11-12, 1916.
- 21) P. Ladame: *Rev. Neurologique*, núm. 1, 1919.
- 22) Foix: En el primer tomo de *Neurologie del Traite de Pathologie médicale*, París, 1921.
- 23) Foix: *Seance commune de la Soc. de Chirurg. et de la Soc. de Neurol.*, París, 24 Mayo, 1916.
- 24) Luis F. Montes de Oca: *Th. Paris*, 1914.
- 25) G. Guillain y J-A. Barré: *La Presse Medicale*, 16 Marzo, 1916.
- 26) G. Guillain y J-A. Barré: *Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris*, Febrero y Mayo, 1916.
- 27) C. Julliard: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte*, pág. 1329. 1916.
- 28) Mignard: *Annales médico-psychologiques*, núm. 2, 1918.
- 29) O. Veraguth y H. Brunschweiler: *Zur diagnose und Spätfolgen von Kriensverletzungen*, Zurich, 1919.
- 30) Guiseppe Bosrari: *Il Policlinico* (s. p.) 5 Agosto 1916.
- 31) Goldstein: *Die Behandlung, Fürsorge und Begutachtung de Hirnverletzten*, 1920.
- 32) L. Bianchi: *El mecanismo del cerebro*, Turín, 1920 9 Noviembre 1922.

Bibliografía.

PRÉCIS DE PARASITOLOGIE, por el profesor E. Brumpt.—3.^a edición completamente revisada, 1922. Un tomo de 1.216 páginas con 736 figuras y cinco láminas en negro ó en color, de la colección de *Précis Médicaux*.—(Masson et Cie. editores). Precio, encuadernado en tela, 50 francos.

Aparece esta tercera edición de la ya clásica Parasitología de Brumpt, cinco años después de haber sido agotada la segunda, que vio la luz en el año 1913.

Como es lógico suponer, en el transcurso de este corto período de años se han acrecentado los conocimientos relativos á esta rama de la Ciencia, individualizada no hace mucho tiempo por el impulso vigoroso de Blanchard. Cada vez son en mayor número los interesados en esta clase de estudios y los que dedican á ellos exclusivamente su actividad investigadora. No es de extrañar, por lo tanto, que en los ocho años pasados se hayan adquirido abundantes datos nuevos; y como es lógico suponer también, gran parte de estos datos han sido el resultado de los trabajos á que ha obligado la gran guerra europea. En efecto, una de las muchas importantes y graves cuestiones que se presentaron con tan desgraciado acontecimiento, fué la necesidad de combatir temibles enfermedades parasitarias y de estudiar su profilaxia.

Sin embargo, estas nuevas adquisiciones no se refieren principalmente al descubrimiento de parásitos nuevos, habiendo sido relativamente escasos los hechos de esta naturaleza; pero en cambio, ha sido importantísimo el progreso en lo que se refiere á la biología de gran número de parásitos hace mucho tiempo conocidos, á su ciclo evolutivo, su poder patógeno, sus vías de acceso al hombre, etc.

Citemos entre estas adquisiciones, el descubrimiento de los espiroquetes del dengue, de la fiebre icterohemorrágica y el más reciente de la fiebre amarilla; ha sido demostrado experimentalmente el modo de transmisión de las leishmaniosis cutáneas por los dípteros del género *Phlebotomus*; se ha hecho una revisión de las especies patógenas de tripanosomas, resultando que no son tan numerosas como se creía en un principio; se ha realizado un evidente progreso en lo relativo al cultivo de los protozoarios parásitos de la sangre, ó de las heces; se ha descubierto el ciclo evolutivo de diversos gusanos y ha quedado establecida la acción cancerosa de la larva de la *Tenia crassicolis* en la rata, hecho que abre nuevos horizontes acerca de la etiología de las neoplasias; lo mismo sucede con ciertas especies de nematodos.

El plan general de exposición de esta tercera edición es el mismo que el de las ediciones anteriores; pero todas las materias han sido escrupulosamente revisadas y puestas muy al día. Así, por ejemplo, el capítulo de los espiroquetes está totalmente modificado, considerándolos como una clase independiente de los flagelados, entre los cuales se estudiaban en la edición anterior. Acerca de este punto conviene hacer notar que Brumpt no sigue la clasificación de Noguchi de los espiroquetes, sino que los incluye á todos en el género *Treponema*, fundado exclusivamente en razones de prioridad. El capítulo de los flagelados en general y especialmente en lo que se refiere á los tripanosomas, está asimismo bastante renovado, no faltando la mención de los modernos tratamientos, todavía en estudio, de las enfermedades debidas á dichos parásitos. Entre los gusanos encontramos también importantes diferencias, sobre todo en lo que atañe á los del género *Bilharzia*; igual sucede con los artrópodos, en su importancia como transmisores de enfermedades (tifus exantemático, fiebre de las trincheras, fiebre recurrente cosmopolita). Y en general, no existe ningún capítulo que no tenga alguna modificación, siendo

merecedor de sincero y caluroso elogio el escrupuloso celo con que el autor ha confeccionado esta tercera edición, aun en los detalles de menor importancia.

La parte de parasitología vegetal, ó mejor dicho de Micología, también se diferencia bastante de la correspondiente de la segunda edición.

En cuanto al fin práctico de la Parasitología, ó sea la destrucción de los parásitos perjudiciales, dedica Brumpt la atención necesaria, señalando los modernos métodos de profilaxia.

Creemos que en la actualidad la nueva edición de la obra de Brumpt constituye la Parasitología más completa de cuantas conocemos. En ella encontrarán, médicos, estudiantes y parasitólogos, todo lo que hasta la fecha ha sido conquistado en este campo de la ciencia; y gracias al esfuerzo del digno sucesor de Blanchard, podemos disponer reunidos en un libro de la totalidad de los datos recientemente adquiridos, dispersos en las cada día más numerosas revistas de todos los países.

Nos parece innecesario puntualizar la parte original del autor en su obra; por otro lado, sería materialmente imposible hacerlo aun en un breve resumen, dentro de los límites de una sencilla nota bibliográfica. Además, aparte de los descubrimientos que se deben al ilustre profesor de Parasitología de la Facultad de París, la mayor parte de los últimamente debidos á otros autores, han sido cuidadosamente examinados y resumidos, de tal modo que todo el libro tiene un sello personal que le presta una garantía absoluta.

Por último, mencionaremos como dato de relativo valor, para comprender la importancia de esta tercera edición, que consta de más de 100 páginas y cerca de 50 figuras (gran número de ellas originales), más que la segunda.

EMILIO LUENGO.

Periódicos médicos.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Sobre el poder bactericida de dos nuevos preparados de plata, por C. Sarti.**—El autor ha hecho experiencias *in vitro* é *in vivo* sobre el poder bactericida de las soluciones de choleval y de argirina. De ellas resulta que dichas soluciones poseen un escaso poder bactericida *in vitro* y que se muestran más activas relativamente las de argirina que las correspondientes de choleval. El poder bactericida de estos dos preparados disminuye notablemente en las soluciones en medios proteicos. Las soluciones de choleval y de argirina al 1 por 100, sea en agua destilada ó en suero, poseen un notable poder bactericida *in vivo*; inyectadas al mismo tiempo que dosis mortales de bacilo piocianico, de bacilo del carbunco y de bacilos y esporos carbuncosos por vía subcutánea, salvan de la muerte á los animales; á veces resultan, en cambio, inactivas si se hace la inyección por la vía intravenosa, aunque sea á mayor concentración. La acción bactericida de los preparados de plata *in vitro*, no puede explicar los resultados obtenidos en la clínica, los cuales se explican mejor por el notable poder bactericida de los mismos preparados *in vivo*. Probablemente estos preparados obran modificando los tejidos, que se opondrían á la propagación y multiplicación de los gérmenes.—(*Annali d'Igiene*, núm. 7, Julio de 1922.).—E. LUENGO.

2. **Sobre la vacunoterapia de las afecciones pulmonares agudas, por J. Minet.**—El autor vuelve á insistir sobre los resultados ya publicados por él mismo hace año y medio, y obtenidos en las afecciones pulmonares agudas, con

una stock-vacuna, compuesta de neumococo, estreptococo y estafilococo. Neumonías, bronconeumonías, congestiones pulmonares y bronquitis han mejorado notablemente con este tratamiento. Desde que lo emplea, Minet ha visto curarse á la casi totalidad de los enfermos que á él han sido sometidos. Unas veces esta vacuna ocasiona una verdadera crisis, seguida de la resolución rápida de los signos locales; otras no produce crisis inmediata, pero se alivia el estado general de los pacientes y su resistencia á la infección se encuentra aumentada en bastante proporción. Utilizada á la dosis diaria de $\frac{1}{5}$ á 1 c. c., según la edad, desde los primeros años hasta los límites extremos de la vida, esta vacuna no ha ocasionado accidentes ni incidentes. Además, no sólo ha sido empleada en múltiples casos esporádicos, sino también en ambiente epidémico y durante la gripe de 1921-1922. (*Soc. Med. des Hôpitaux*, 27 de Octubre de 1922).—E. LUENGO.

3. Del tratamiento del paludismo, enfermedad esencialmente curable, por el Dr. Séguin.—El autor insiste sobre la importancia de las dosis elevadas en el tratamiento del paludismo. En lugar del término «paludismo primario», propone el de «período esquizogónico del paludismo», para indicar el período inicial de la enfermedad, cuando sólo se encuentran en la sangre formas esquizogónicas, las cuales son extremadamente sensibles á la quinina. En este período, ó sea antes de la aparición de los gametocitos en la sangre, se puede curar el paludismo si se comienza pronto el tratamiento con dosis suficientes. Con el método que indica Séguin, afirma haber logrado siempre la curación cuando se instituye el tratamiento antes de los diez días (mínimum necesario para la aparición de los gametos), en menos de diez días. Cuando hay gametos la curación tarda algo más en obtenerse (según Séguin, siempre menos de sesenta días; en general de cuarenta y cinco á cincuenta, y en casos más raros, treinta y cinco días solamente) Seguin aconseja dar 4 gramos de quinina cada día, durante el período febril que raramente se prolonga con estas dosis más de veinticuatro á cuarenta y ocho horas. Esta dosis puede repetirse sin inconveniente cinco y seis días consecutivos, pero una vez lograda la apirexia, administra 3 gramos diarios hasta la curación. Si aparecen signos de intolerancia (zumbidos de oídos, vértigos), mejor que reducir la dosis, es preferible, según el autor, suprimir el tratamiento por completo durante veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, y después de cesar los síntomas de intolerancia, vuelve á emplearse la misma dosis (3 gramos por día). Se emplea la vía digestiva, dando sellos de un gramo y la dosis total en dos ó tres tomas. Como adyuvante de la quinina emplea Séguin el arrenal á dosis de 0,50 gramos durante dos ó tres días seguidos, separados luego por un período de descanso de igual duración; pero la quinina basta por sí sola. La curación de los casos del autor ha sido comprobada por el examen de preparaciones de sangre en gota gruesa hemolizada. (*Bull. de la Soc. de Path. Exotique*, núm. 2, 9 de Febrero de 1921).—E. LUENGO.

4. Tratamiento de la asfixia por el óxido de carbono mediante la inhalación de oxígeno mezclado con anhídrido carbónico, por los Dres. Y. Henderson y H. W. Haggard.—Los autores pertenecen á la Comisión de resurrecciones de las intoxicaciones por el óxido de carbono, organizada á expensas de la Compañía americana del gas. Sus trabajos les han demostrado, ante todo, que el óxido de carbono no tiene efectos tóxicos en el organismo sino sobre la sangre, cuya hemoglobina transforma en metahemoglobina, haciéndola de este modo inapta para el acarreo del oxígeno. También han demostrado la certeza de las aseveraciones de Haldane, según las cuales el oxígeno

actuando en grandes cantidades era capaz de desmetahemoglobinizar la sangre y de devolver á la hemoglobina el poder de combinación con el oxígeno. Los métodos propuestos hasta la fecha para el tratamiento de las intoxicaciones por el óxido de carbono (y, por tanto, para las producidas por el gas del alumbrado) eran insuficientes. Se practicaba la sangría que no tenía razón de ser ni daba resultado, la transfusión de sangre que ya era más razonable y sería útil si se pudiera hacer en el acto, pero que hecha unas cuantas horas después del accidente resultaba ineficaz porque la sangre de los enfermos había recuperado espontáneamente sus propiedades; la respiración artificial que podía ser beneficiosa, pero que en general daba resultados peores que en las sumersiones y accidentes eléctricos, porque en éstos se puede considerar salvada la vida en el momento en que el enfermo recupera la respiración espontánea, y en el caso de la intoxicación por el gas del alumbrado, queda aún mucho por hacer como se verá. El último de los medios que se empleaban era la administración del oxígeno en inhalaciones. El oxígeno, administrado solo, es insuficiente. Ante todo, es preciso una careta ó mascarilla que se adapte perfectamente á la cara del enfermo inconsciente si no se quiere desperdiciar el oxígeno. Además, no basta sacar al intoxicado de la habitación en que se desprende el gas, pues en las condiciones en que se encuentra, la sangre combina poco oxígeno del que se pone en contacto con ella en los pulmones y durante dos ó tres horas las inhalaciones no se deben interrumpir. Por otra parte, ya á las cuatro ó cinco horas se ha desprendido la mayor parte del CO y si el enfermo queda en estado comatoso, es porque en el cerebro se ha producido edema y trastornos degenerativos, los cuales no se corrigen con la administración de oxígeno. Los resultados favorables de la inhalación de O han sido exagerados por los resultados que da en las intoxicaciones ligeras, especialmente en las que los investigadores hacen en sí mismos, pero en todos estos casos no se llega al coma en que se encuentran los enfermos de accidentes.

La depresión de la respiración que se nota durante y después de la asfixia depende de múltiples factores, como son la hiperactividad respiratoria del comienzo, las alteraciones de la alcalinidad y de la concentración de H-iones de la sangre, la acción directa de la falta de oxígeno y trastornos circulatorios y edematosos. Todas estas circunstancias alteran las propiedades de la hemoglobina de manera que pierde gran parte de su apetencia por el oxígeno, y cuando el sujeto hace las inhalaciones de O puro, es muy escasa la cantidad de este gas que aprovecha. El recipiente que han empleado contiene oxígeno á 120 atmósferas y CO₂ á 6 atmósferas, es decir, un 5 por 100 de CO₂ estando permitida una variación de 0,5 por 100 en más ó en menos. No se pueden detallar todos los trabajos experimentales, pero de los casos aplicados á la asfixia por el gas del alumbrado ha resultado que las inhalaciones no tenían efecto nocivo alguno, que en todos los casos el volumen respiratorio aumentaba en seguida aunque al principio fuera necesario recurrir á la respiración artificial para iniciar los movimientos respiratorios, la reducción de la proporción de anhídrido carbónico en la sangre fué rapidísima; cuando haya que hacer respiración artificial conviene tener aplicada al mismo tiempo la mascarilla del inhalador. Muchos enfermos recuperaban el conocimiento antes de los treinta á cuarenta minutos de inhalación que son los que se recomiendan; sólo uno no le recuperó y falleció al día siguiente. Ninguno de los tratados padeció neumonía que es muy corriente en los que se curan espontáneamente. Como consecuencia de sus estudios sacan las conclusiones siguientes: 1.ª, cuando se encuentra un as-

fixado por el óxido de carbono (prácticamente gas del alumbrado) que no respira, hay que hacer en el acto la respiración artificial; por el contrario, en cuanto se establece la respiración espontánea, la artificial tiene que cesar. Las inhalaciones de O. con 5 por 100 de CO_2 se pueden comenzar simultáneamente; 2.ª, la inhalación pulmonar acelera la evacuación del óxido de carbono y facilita una convalecencia rápida y sin accidentes; 3.ª, una vez restablecida la respiración y vuelto el enfermo en sí de su estado comatoso se debe suspender todo tratamiento, los trastornos que siguen dependen de alteraciones cerebrales todavía mal definidas y que por tanto no se pueden tratar oportunamente. (Edición inglesa *The Journal of the A. M. A.*, 30 de Septiembre de 1922.)

NEUROLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las lesiones de la estructura del cerebro de la demencia precoz, por Adeline E. Gurd.**—La autora ha estudiado 19 casos de demencia precoz, de indudable diagnóstico. A excepción de uno, se trataba de casos de demencia precoz no complicada por otras enfermedades que pudieran influenciar el cuadro microscópico del sistema nervioso central, tales como arterioesclerosis, alteraciones seniles, sífilis del sistema nervioso central, etc. Los tipos de demencia precoz observados, fueron el tipo catatónico, en 7 casos; paranoide, en 8; hebefrénico, en 3, y heboidefrénico, en uno. La histopatología de estos casos permite clasificarlos en tres grupos, que presentan únicamente diferencias de grado, pero en los cuales los mismos caracteres forman un cuadro constante y característico. El primer grupo, constituido por los casos de tipo catatónico agudo, de pocos meses de duración, presenta las alteraciones siguientes: palidez del campo, pérdida de cromatina en las células nerviosas, degeneración granulosa del soma y las dendritas, alteraciones muy pronunciadas del núcleo con pliegues é irregularidades de la membrana nuclear, con alteraciones metacromáticas de los núcleos, fuerte degeneración adiposa de la glía y de las células nerviosas, con muchas alteraciones regresivas de las células de glía y muy pocos cambios progresivos de las mismas. En el segundo grupo se incluyen por la autora casos de tipo catatónico también, pero de una duración de dos á cuatro años y en los que la muerte no ocurre como en los del primer grupo, durante un estado de excitación, sino por otras causas; en este grupo, además de las alteraciones observadas en el grupo primero, se observa un nuevo factor, que es la presencia, especialmente en las células piramidales medianas, de un buen número de células contraídas y esclerosadas y muchas células más presentan una seria degeneración de los grumos de Nissl. El tercer grupo comprende los casos que presentan todavía tipos más avanzados y crónicos de degeneración. Llama inmediatamente la atención, el aspecto irregular de las células de la corteza cerebral; en muchos campos aparecen muy adelgazadas y otras presentan una gran irregularidad en la dirección de su eje principal, que con frecuencia ofrece una dirección diagonal y á veces transversal á la superficie. Todo el cuerpo de prácticamente todas las células nerviosas está transformado en una masa metacromática granulosa fina, y las dendritas han sufrido los mismos cambios y pueden ser seguidas hasta largas distancias á favor de la presencia de los gránulos.

Además, las células piramidales pequeñas están esclerosadas en gran número con pequeños cuerpos tortuosos de color obscuro y los núcleos con pliegues irregulares, también de color obscuro, que es difícil á veces distinguirlos del cuerpo ce-

lular. Muchas de las grandes células piramidales están completamente fragmentadas, al paso que otras conservan una cierta forma del cuerpo, pero son una masa de vacuolas. Con la coloración de Mann, el núcleo irregular obscuro de las más pequeñas células piramidales, muestra una alteración muy curiosa y poco frecuente, que en sentir de la autora, no ha sido observada ó por lo menos publicada. Con la coloración de Mann-Alzheimer, el cuerpo celular normal se tñe de un color azul obscuro medio, el núcleo con un color azul más obscuro y los núcleos con un rojo bien distinto. En las células degeneradas antes descritas, el cuerpo celular se tñe en azul obscuro y todo el núcleo es rojo que varía del rojo-púrpura al escarlata pálido; con el método del oro de Cajal para la glía, las células de esta substancia aparecen en gran número con núcleo irregular, más bien grueso y con dendritas extremadamente cortas, ó ninguna. En resumen: en este grupo se encuentran los mismos elementos, desde muchos puntos de vista, que en los casos agudos de corta duración: pérdida de cromatina en las células nerviosas, degeneración granulosa de las mismas, plegaduras é irregularidades de las membranas nucleares, degeneración lipóide tanto en la glía como en las células nerviosas, aunque no tan extrema como en los casos más tempranos. Además de esto, existe un aumento mucho mayor en los elementos de la glía, todos de naturaleza regresiva, existe una grave esclerosis de la mayoría de las células piramidales pequeñas con degeneración acidófila marcada de los núcleos; presencia de muchas células fragmentadas que representan serias alteraciones de los grumos de Nissl, y se ven, por último, alteraciones pronunciadas de los axones y de la mielina. En vista de estas alteraciones y del curso clínico de la demencia precoz, la enfermedad parece depender de una localización especial en el sistema nervioso central, que produce cambios degenerativos que pueden ser continuos, pero que probablemente con más frecuencia son intermitentes, correspondiendo á mejorías ó remisiones de la marcha clínica. Indudablemente, hay algo de regeneración de las estructuras atacadas durante los períodos de remisión, pero nunca es completa y el proceso morboso deja residuos de menor resistencia. (*Dementia praecox studies*, Julio Octubre 1920.)—E. LUENGO.

2. **La acción de la atropina sobre los movimientos involuntarios de la encefalitis epidémica, por A. Radovici y J. F. Nicolesco.**—Los trastornos motores, designados sintéticamente por P. Marie y G. Lévy con el nombre de *síndrome excitomotor de la encefalitis epidémica*, ya tomen el aspecto de las mioclonias, de movimientos desordenados ó rítmicos, coreiformes, coreoatetósicos, de sacudidas de forma de corea eléctrico, de temblores de tipo parkinsoniano, y ya estén acompañados ó no de rigidez ó catatonía, todas estas manifestaciones patológicas parecen depender de las diversas alteraciones del tono muscular. Se admite actualmente que el músculo estriado tiene una doble inervación; una cerebroespinal, en relación con la contracción voluntaria y clónica; la otra simpática, que tiene bajo su dependencia el tono muscular. En vista de ello, los autores han ensayado los efectos de la atropina y de la adrenalina, sobre los movimientos involuntarios observados en el síndrome excitomotor de la encefalitis. Sus investigaciones han sido practicadas en cinco enfermos, en los que han realizado 45 experiencias, 40 de ellas con la atropina y 5 con la adrenalina. Todos estos enfermos habían pasado anteriormente por el estado agudo de la encefalitis epidémica y no presentaban en el momento de la observación más que las secuelas de sus enfermedades, manifestadas por movimientos involuntarios. Cuatro enfermos presentaban la forma descrita como hemimioclónica, con movimientos coréicos rítmicos de la

mitad del cuerpo y sobre todo de los miembros correspondientes; en uno de ellos, el carácter de los movimientos era más bien coreoatetósico; la última observación se refiere á una enferma con sacudidas musculares de los miembros, análogas á las descritas en la corea eléctrica. Ninguno de los enfermos presentaba en el momento del tratamiento, hipersomnolencia; por el contrario, los movimientos involuntarios los impedían dormir y casi todos estaban agitados durante la noche y subjetivamente acusaban insomnio. Los resultados obtenidos y que presentan los autores en numerosos cuadros y en gráficas, concuerdan para demostrar la acción inhibidora de la atropina sobre los movimientos presentados por los cuatro primeros enfermos. En efecto, cinco veces han obtenido una abolición total de los movimientos á partir de una hora después de la inyección. Esta abolición ha sido siempre pasajera y no se mantenía más que durante el reposo absoluto del enfermo. Cuando comenzaba la movilidad activa, reaparecían algunas contracciones involuntarias, pero mucho más reducidas; no obstante, en una ocasión, el silencio duró más de veinticuatro horas; en otra enferma, duró seis horas y, según ella, persistió también cuando había ejecutado movimientos activos complicados. Los movimientos involuntarios aparecieron siempre la mañana siguiente; casi todos los enfermos pudieron dormir bien, sin estar agitados por los movimientos violentos que impedían su sueño. Aún los días siguientes, los enfermos se encontraban en general mejor desde el punto de vista de los movimientos, de suerte que además del efecto inmediato y pasajero se obtiene una mejoría duradera. En las 35 experiencias restantes, los autores han obtenido una hora después de la inyección, una disminución constante del número y sobre todo de la amplitud de los movimientos, quedando solamente sacudidas muy reducidas, que muy á menudo sólo se manifestaban por sobresaltos musculares ó tendinosos, sin dislocación del segmento de los miembros. La interpretación de la acción atropínica sobre los movimientos involuntarios, y en general, sobre los trastornos del tono muscular, no es fácil. Los centros reguladores del tono, aparte de los centros medular y cortical, se localizan casi sin discusión en el mesencéfalo y los núcleos centrales. La atropina ejercería, según los autores, una influencia sedante sobre los centros tónicos del neuroeje y especialmente sobre el mesocéfalo y cuerpo estriado, afectos de encefalitis epidémica y localización principal de las lesiones que provocan los movimientos involuntarios, rítmicos. (*Presse Medicale*, núm. 9, 29 de Enero de 1921.)—E. LUENGO.

3. **Delirio y demencia precoz, por R. Benon.**—Se dice que el delirio en la demencia precoz es un fenómeno accesorio y secundario y que las formas puras y típicas de la enfermedad, son las formas sin trastornos vesánicos, siendo la demencia, ó sea la debilitación de las facultades intelectuales, el hecho primitivo y esencial. El autor no comparte esta opinión y para él existe siempre en el origen de esta enfermedad un choque emotivo ó un estado pasional; este choque ó este estado se complican ó no, de delirio; es decir, para Benon se trata de un síndrome hipertímico, simple ó delirante. El síndrome demencial precoz, que para Benon es ante todo un estado de hipotimia crónico, aparece después del síndrome hipertímico, se injerta sobre él ó se encadena con él, y ésto, cualquiera que sea la rapidez del desarrollo de la enfermedad. El autor publica una observación demostrativa. Trátase de un soldado de veintiocho años; exento al principio del servicio militar, se le considera apto más tarde y se incorpora al ejército. Aparición muy rápida de ideas delirantes de persecución, de hipocondría, de melancolía, de suicidio (cree que se le considera como sospecho-

so de espionaje, que es un sifilítico, que quieren matarle, etcétera). Ilusiones. Alucinaciones. Se le hospitaliza y se le conduce más tarde á un manicomio, después de una tentativa de suicidio. Delirio polimorfo, pero bastante coherente, sin catatonía. Nada de debilitación intelectual clara. En el transcurso de seis años, se observa primero una persistencia del mismo delirio durante cerca de un año con fenómenos de depresión secundaria. Poco á poco indiferencia general: síntomas de orden asténico sin hipocondría. (*Le Bulletin Médical*, núm. 37, 6 y 9 de Septiembre de 1922.)—E. LUENGO.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La prevención de la poliomiélitis epidémica, por William Browning.**—El autor resume las estadísticas relativas al valor de las diferentes medidas preventivas empleadas en diversos sitios contra la poliomiélitis epidémica. De la experiencia de estos últimos años, resultan justificadas las siguientes observaciones: 1.ª, que la poliomiélitis no se contagia directamente de persona á persona, ni por el contagio aéreo, en el antiguo sentido de la teoría miasmática, como no son tampoco contagiosas por este modo, la fiebre amarilla, la malaria, ni ordinariamente, la tifoidea. El niño bien aseado y en estado de reposo, no constituye un verdadero peligro en este sentido; 2.ª, que las precauciones ordinarias de los hospitales, bastan para impedir que se extienda la enfermedad dentro de él; 3.ª, que la cuarentena no es necesaria en estos enfermos, y 4.ª, que la poliomiélitis no exige el aislamiento ó separación; puede tratarse en la misma sala junto con otras enfermedades y con otros niños, lo mismo que se hace con los enfermos de fiebre tifoidea. Los puntos que aún quedan por resolver son, si juegan algún papel en el contagio los insectos, chinches ó piojos, el alimento no cocido recientemente y las deyecciones. En cuanto á la protección individual ó profilaxis personal, recomienda el autor: 1.º, que no viajen los niños, sobre todo por los caminos ordinarios, ya que la enfermedad sigue, al extenderse, las vías de comunicación. La permanencia en casa favorece el programa preventivo; 2.º, evitar que los niños coman y beban fuera de su casa; 3.º, darlos solamente alimentos recientemente cocidos. Hasta la leche y el agua deben esterilizarse; 4.º, no comer fruta cruda; 5.º, no permitir que se acaricie á los niños; 6.º, proteger de todos los insectos, chinches y piojos, tanto á los niños como á su alimento; 7.º, evitar los baños en aguas sucias; 8.º, limpieza general y cuidado de la ropa lavada, evitando la bebida en copas del servicio público y el uso de utensilios semejantes; 9.º, en caso del menor trastorno digestivo, prestarle atención inmediatamente. En cuanto á la profilaxis pública, desde luego deben comunicarse rápidamente á las autoridades, aunque naturalmente, esta formalidad no resuelva la cuestión. Incumbe un gran papel en esta profilaxis á los médicos particulares, que pueden diagnosticar rápidamente la enfermedad y disponer las medidas generales de una manera precoz, ya que se trata de una afección que se propaga con rapidez. La limpieza y desinfección precoz del local debe hacerse cuanto antes, sin esperar á la intervención de las autoridades y proceder en seguida al cumplimiento de las medidas preventivas personales antes indicadas. (*Long Island Medical Journal*, núm. 8, Agosto 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.

Reelección de cargos.—El estandarte de Sanidad Militar.—Inauguración de curso.

Obedeciendo á precepto reglamentario procedió la Real Academia Nacional de Medicina en su sesión de gobierno del sábado 16 á la elección bienal de los cargos de su Junta directiva, resultando por aclamación unánime reelegido: presidente, el excelentísimo Sr. D. Carlos M.^a Cortezo; vicepresidente, el Excmo. Sr. D. Angel Fernández Caro; bibliotecario, el Excmo. Sr. D. Antonio Espina y Capo; secretario de actas y archivero, el Ilmo. Sr. D. Nicasio Mariscal; tesorero, el Excmo. Sr. D. Martín Bayod Martínez, y contador, el Excmo. Sr. D. José Grinda.

El Sr. Cortezo dió las gracias en nombre de los favorecidos en un brevísimo discurso, lleno de sentidas frases, que fué acogido con un aplauso caloroso.

También se dió cuenta de la reelección de los Sres. Excmo. Sr. D. Juan Cisneros, de Anatomía é Histología; Ilmo. Sr. D. Juan M. Díaz de Villar, de Fisiología y Ciencias afines; Excmo. Sr. D. Simón Hergueta, de Medicina y especialidades médicas; Ilmo. Sr. D. Ramón Jiménez, de Cirugía y especialidades quirúrgicas; Excmo. Sr. D. Baldomero González Alvarez, de Higiene y Epidemiología; excelentísimo Sr. D. José Rodríguez Carracido, de Terapéutica y Farmacología; Excmo. Sr. D. Luis Ortega Morejón, de Psiquiatría y Medicina.

El sábado 16, con una mañana espléndida y en el hermoso sitio del Hipódromo de Madrid, se efectuó el acto solemne de entrega del estandarte que ha de honrar sobre las fuerzas organizadas de nuestro glorioso Cuerpo de Sanidad Militar. Acudió á presenciar la ceremonia casi la totalidad de la familia Real representada por las Reinas doña Victoria y doña Cristina, la infanta doña Isabel, la infanta doña Paz y su esposo, hijo de los infantes de Baviera. Presidió el acto S. M. el Rey y realzaban su importancia, al propio tiempo que la visualidad del cuadro, muchos generales y jefes militares de gran uniforme, damas elegantes y distinguido público. El general Orozco hizo entrega del estandarte á S. A. R. la infanta doña Paz que actuaba como madrina en la solemnidad, pronunciando aquél patrióticas y elevadas frases, y esta augusta señora otras muy inspiradas que fueron acogidas con

aplausos unánimes y que reproduciremos íntegras, cuando tengamos seguridad en la exactitud del texto que hasta nosotros ha llegado.

El ministro de la Guerra, D. Niceto Alcalá Zamora, pronunció á seguida un brillante discurso, muestra de la incomparable elocuencia de este hombre público, que es, sin disputa, uno de nuestros más insignes oradores parlamentarios, no bastante conocido todavía por el gran público, pero sí estimado como primero entre los primeros en el Foro y en las Cortes.

El día 17, á las seis de la tarde, tuvo lugar la inauguración del curso de la Sociedad Española de Higiene, bajo la presidencia del señor ministro de la Gobernación, duque de Almodóvar del Valle, estando el acto muy concurrido, á pesar de su coincidencia con tantos otros como en el mismo día se celebraban.

Leyó la Memoria de Secretaría el Sr. Fernández Cuesta y la doctrinal el Sr. Franco Martínez, versando esta última sobre «La Limpieza de Madrid», y siendo ambas justamente aplaudidas. El Sr. Fernández Caro perseverante, infatigable y entusiasta presidente de esta Sociedad, que debe á su convicción actividad el perdurar en la estimación del aplauso público, pronunció un bello discurso, que fué una prueba más de la conservación, nunca disminuída, de las condiciones oratorias, del elevado espíritu humanitario y de la convicción científica del señor Fernández Caro.

El discurso con que el señor ministro cerró el simpático acto, tuvo indiscutible transcendencia y habrá de tenerla mayor si se convierten en realidades las promesas leales hechas por el señor duque de Almodóvar del Valle, quien afirmó que persuadido por la experiencia de la dificultad del procedimiento legislativo para obtener las reformas sanitarias, y al propio tiempo convencido de la urgente necesidad de plantearlas, estaba resuelto acudir á la organización reglamentaria por medio de Reales decretos en todo cuanto considerase de urgente necesidad y que no ofendiera de modo transcendental á las leyes vigentes, pidiendo en todo caso y en su día la aprobación del Parlamento.

Los que recuerden lo dicho por nosotros hace pocos días acerca de este punto, comprenderán si escucharíamos con complacencia las palabras del señor ministro.

DECIO CARLAN

El Centenario de Pasteur en el Ateneo de Madrid.

Magnífica, verdaderamente excepcional y digna de muy calurosos aplausos, como las ovaciones repetidas que en el salón de sesiones se escucharon, fué la velada que el domingo 17 se celebró en el acreditado templo cultural de la calle del Prado, para conmemorar el centenario del nacimiento de la hermosa y bienhechora figura del gran Pasteur. Plenísimo estaba el salón hasta el rebosamiento por todas sus puertas, y no quedar asiento libre, ni espacio en los pasillos donde pudiera alguien permanecer de pie; un auditorio distinguido en que había mezcla de señoras, ateneístas y caballeros extraños á la Corporación, muchas de aquéllas y de éstos extranjeros; y ensanchada y vestida con especiales y ricas colgaduras y reposteros estaba la presidencia, donde había copiosa cantidad de asientos, para recibir en lugar distinguido los señalados asistentes, honrados con singular atención. Eran las seis y cerca de la media cuando se presentó: primero de todos, el ministro de Instrucción Pública, Sr. Salvatella, tras del cual fueron apareciendo los Sres. Carracido, Gimeno, Maraón, embajador de Francia en España, M. Pettit, profesor representante del Instituto Pasteur... y otros muchos señores españoles y extranjeros, quienes ocuparon sus asientos y dieron aspecto de suntuosidad y notoria importancia á ese estrado donde tan elocuentes oraciones se han pronunciado y tan instructivas enseñanzas se han vertido.

Concedióse la palabra primero á un señor actuante para que leyera las adhesiones y cartas de ilustres personas invitadas al acto, y en breve tiempo fueron leídas comunicaciones muy interesantes de los Dres. Cajal, Cortezo y Ferrán, ésta más extensa y doctrinal; todas fueron oídas hasta con respetuosa veneración y aplaudidas con cariñoso entusiasmo. Era el tributo á las glorias de la ciencia española, ausente por motivos varios y forzados de aquel acto, donde ellos debieran realzar con sus figuras, el gran homenaje.

Concedióse en seguida la palabra al Dr. Maraón, para que leyera un discurso (remitido por el Sr. Turró, famoso profesor de Barcelona) acerca de la gran figura que se iba á conmemorar. Bien escrito, discretamente sintético, fértil y feliz en los buenos recuerdos, fué leído con alta entonación, proporcionada velocidad, timbre claro y de suerte tal que contribuyó mucho á que fuera escuchado con respeto religioso y aplaudido con calor en su final; en otro lugar de este número tenemos el gusto de reproducirle. Maraón cumplió como quien es y su actuación fué muy simpática.

Concedióse la palabra al Sr. Carracido, y aquí, el gran maestro de química, orador eximio y de amenísimas propagandas, no por gratisimas y divulgadoras menos profundas y admirables, se vió en sus glorias, ya que todo le brindaba á lucir las preciosas cualidades con que *Natura, Arte y Ciencia* le han vestido.

Anunció que iba á exponer brevemente algo de la influencia progresiva de Pasteur en la química; solicitó con modestia mucha benevolencia para que le escucha-

ran una lección corta, ya que la materia no consentía largas disertaciones; y entrando de lleno en la explicación de cómo Pasteur hubo de meterse pronto en la química, recogiendo en ella sus más esenciales enseñanzas, y penetrando, genial zahorí, en su misterio, muy en seguida se apoderó del ánimo de los oyentes todos, llevándolos de uno en otro embeleso, de ovación en ovación, al conocimiento de maravillas que los más ignorantes recogían y admiraban, gracias al poder imaginativo y metafórico que tiene quien hoy carece de rival en España para tales empresas.

Carracido fué objeto de una ovación final que le impresionó mucho, y como nunca, pudimos apreciar su muy seductora dialéctica; por lo cual le felicitamos.

En tan difícil ocasión se le concedió la palabra al Dr. Gimeno, y algo pálido, como bajo el sufrimiento del espasmo oratorio preliminar, avanzó el gran maestro, el que enaltece la clase en las Cámaras parlamentarias, el que acreditó su valer con el desempeño de ocho carteras y en ellas haber tratado siempre brillantemente todas las grandes cuestiones de la vida nacional, y comenzó su discurso con cierta velada voz que pronto adquirió entonación y claridad.

Su discurso duró más de media hora; fué ricamente doctrinal y discretamente episódico; abundó en lo que siempre caracteriza al señor conde, que es la frase escogida, la dicción ricamente abundosa y bien timbrada, la alta y sugestiva elocuencia, el gesto vivo, teatral, noble y elegante. Se le escuchó con suma atención, se le premió con frecuentes y grandes aplausos, y llegó á la meta pudiendo mantener feliz, dominado y contento, un auditorio que no era médico. A veces, ya en el final, este auditorio hubo de mostrar cierta animación inusitada, debida á que el orador bajaba en ocasiones la voz, cuando se acercaba al final de los hermosos párrafos y era difícilmente bien oída, precisamente en aquéllas síntesis y contrastes que más se deseaban recoger en su extensión, sin perder un vocablo.

Gimeno, ya en el final de su discurso, comentando las luchas tenaces y malévolas de que le hicieron víctima los enemigos y críticos de sus descubrimientos y doctrinas, después de citar las amarguras de Jenner, Harvey, Koch y otros genios semejantes en las odiseas de sus descubrimientos sublimes, dedicó un recuerdo amplio y emocionante á las grandes conquistas del Dr. Ferrán, en España negadas y combatidas, pero en el extranjero hoy acreditadas, triunfantes, y ya reveladoras evidentes de los inmensos beneficios prestados á la Humanidad en las enfermedades y epidemias del cólera, tifoidea, rabia, difteria y tuberculosis. Gimeno ayer emparejó sus triunfos y efectos con los de Carracido, y ambos, realzando el gran valor de las clases médicas, nos hicieron sentir los dulces halagos del noble orgullo por España y por nuestra ciencia.

Concedida la palabra al Dr. Pettit, profesor del Instituto Pasteur, pronunció en francés un precioso discurso, que por su importancia, sus notables declaraciones y el homenaje rendido á las principales figuras y trabajos progresivos de nuestra ciencia, merece ser

conocido de todo el país. La más sensacional de esta parte fué aquella manifestación amplia, solemne, detallada y persuasiva de que el Instituto Pasteur tenía comprobada la doctrina etiológica de la tuberculosis del Dr. Ferrán, en su origen saprofita y modificadora de la clásica bacilar de Koch. Esta importantísima declaración fué acogida con una salva de aplausos; la sensación que hubo de producir en los médicos fué grande, y allí, hasta en los más rehacios, surgió la esperanza de grandezas y progresos que deben llegar á Barcelona en nobles y necesarias apoteosis. Para el Dr. Pettit hubo muchos y muy prolongados aplausos; como los hubo para el señor embajador de Francia, quien después leyó otro discurso, que por sus pensamientos y sus cortesías fué escuchado con profundo silencio y acogido con gratitud y ovaciones.

Puso remate el ministro á esta velada con feliz discurso improvisado. La situación era delicadísima, expuesta, de las que ponen á prueba el talento, la prudencia y los recursos oratorios de un discurso, pero se presentó con tal modestia, habló tan bien y tan sentidamente, que se apoderó de las simpatías de los oyentes muy pronto; y ya, luego, todo fué un verdadero camino de flores y de aplausos hasta el final, que vino pronto, porque el Sr. Salvatella cuidó de que uno de sus mayores aciertos fuera la brevedad.

¡Noche memorable la del 17 de Diciembre! ¡Noche hermosa y consoladora! ¡Noche de recuerdos santos y de reivindicaciones necesarias! ¡Noche de justicia y de amor! ¡Ah! daba alegría, en aquel ambiente de maravillosas ideas, de sublimes sentimientos y de arrobadores himnos, sentirse científico, y comulgar en esta sacrosanta religión de la Medicina!

La Asamblea de Barcelona, sobre el Seguro de Enfermedad, Invalidez y Maternidad (1).

III

La clase farmacéutica tuvo dos celosos representantes en los Sres. D. Fidel Fernández, que había formado parte del Comité organizador, y D. Ignacio González, y fueron pocas las veces que hubieron necesidad de intervenir, reducidos casi exclusivamente á sentar el principio de que cuanto se acordase en la Asamblea para la clase médica, se entendiera también aplicado á la farmacéutica: deseo que no pudo motivar nunca debate alguno, porque bastaba una sencilla aclaración, con la cual se manifestaba la conformidad en que todos se hallaban para entender que en el concepto de «clase médica ó de médico» se sobreentendía siempre referencias á ambas profesiones. Una vez sólo hubo cierto debate un poco vivo, algo cálido; y lo motivó el cargo

(1). Véase el número anterior.

que hizo un representante obrero, el Sr. Alvarez, llamando la atención, con frase algo acusadora y actitud de protesta, acerca del abuso que cometen algunos farmacéuticos dando medicamentos malos, es decir, realizando una verdadera estafa, cuyas consecuencias, así en el orden económico como en el orden terapéutico, tenían que ser necesariamente funestas. Desarrollando con sobrado calor y frase dura este motivo, requirió mi juicio sobre él por basar su acusación en los datos que arrojó la Memoria que hubo de hacerse sobre las inspecciones de las Sociedades médicas y de ciertas farmacias de Madrid el año 1901, cuando fui director general de Sanidad, y con la cual se descubrieron graves informalidades que tenían toda la realidad de verdaderos delitos. Hube de intervenir efectivamente para reconocer la exactitud de aquella información, las dificultades con que hubo de realizarse, los enormes y asombrosos perjuicios que al Cuerpo médico y á los pobres y crédulos asociados producía tan grave falta. Fué animado, como decimos, aquel episodio, el cual hubo de cortar la presidencia, aplazando para otra ocasión discutir con más oportunidad el tema de la moralidad profesional en relación con el Seguro de Enfermedad. Lo principal había quedado ya convenientemente aclarado, en el sentido de que si ciertamente hay algunos farmacéuticos que no cumplan con perfecto rigor su deber, era justo el declarar que la misma clase farmacéutica vigilaba y condenaba este abuso y procedimiento, que iba contra los prestigios de todos los compañeros; y sobre el particular hablé también, subrayando y manifestando mi completa conformidad con la briosa defensa que hicieron del decoro de su clase los dos representantes farmacéuticos ya dichos. Robusteciendo con mis palabras esta reivindicación farmacéutica, y con la declaración de que la Asamblea de Cádiz había aclamado un mensaje mío donde se hacía la indicación de que debía procederse con severidad contra tales faltas de malos profesionales, quedó solventado este delicado punto, con cuyo espíritu de moralidad hubo de mostrarse completamente conforme la Asamblea.

IV

La actuación médica tuvo sesión animada el día en que la sesión se celebró en la quinta de salud titulada «La Alianza», donde se dió lectura al tema interesantísimo, ponencia número 3, referente á «Si conviene utilizar los servicios y fondos de la beneficencia pública sanitaria para los Seguros obligatorios de Enfermedad, Invalidez y Maternidad, y sobre los procedimientos para llevar á cabo semejante utilización». Este tema tenía una ponencia y un voto particular. La primera firmada por los Sres. Cortezo y Salazar, y el voto particular por el catedrático de derecho administrativo Sr. Gascón y Marín (1). Sobre este tema se habían con-

(1) Llamamos la atención sobre ambos documentos que á continuación publicamos.—N. de la R.

centrado, de una manera tan clara que anunciaba había de ser la discusión algo ruidosa, los recelos y la censura de los médicos á quienes representaba el Sr. Sanchís. Ninguno de los tres firmantes se hallaba á la sazón presente en la Asamblea. El Dr. Cortezo no había asistido por imposibilidad física; el Dr. Salazar, director general de Sanidad, por hallarse embargado y retenido necesariamente en Madrid, á causa de la necesidad de defender el proyecto de ley de Sanidad del Gobierno, el cual se hallaba entonces sometido á discusión en el Senado; y el Sr. Gascón y Marín porque ocupaciones ineludibles le habían retenido, pero se había anunciado que llegaría en el día siguiente.

Una ponencia firmada por el Sr. Albó, de conformidad con el espíritu de la de los Sres. Cortezo y Salazar sobre el mismo tema, fué leída y apoyada por un joven asambleísta, cuyo nombre no recuerdo, pues había tenido necesidad el Sr. Albó de ausentarse, y esto motivó el que previa una declaración que hizo el lector de que la defendía por compromiso, cumplierse su delicado cometido defendiendo, sí, de manera digna y elocuente la ponencia, pero sin mostrar por ella calor, y con una declaración previa de que no era muy partidario.

Acudieron á combatir el dictamen de los Sres. Cortezo y Salazar, los Sres. Sanchís y Crespo, y hubieron de manifestarse con viveza, haciendo consideraciones que revelaban la ya conocida oposición, no sólo contra las conclusiones del tema escrito, sino contra ese supuesto desamparo en que se hallaba la clase de los médicos titulares por parte de los ponentes, dando ocasión á que resultase mejor servida la clase médica por una persona extraña á la profesión, que lo había sido por los médicos de la Sanidad central. El Sr. Crespo, con salvedades eufémicas y acentuando protestas de respeto y hasta de gratitud al Sr. Cortezo, hubo de estar también algo firme en el mismo sentido: y allí se puso otra vez en evidencia el espíritu franco de crítica dura que existía, y se había manifestado ya en otras sesiones contra los supuestos deservicios y desconsideraciones del elemento oficial. Es decir, hablando con rigurosa exactitud, que con aquel motivo se oyeron esas acusaciones y cargos, por injustos desacertados, que hubo ocasión de oír en varias sesiones de la Asamblea. Allí estaba, pálido y retraído, el caudillo de las alborotadas hostilidades que fulminaron en la Asamblea de Madrid, celebrada en el Colegio Médico, quien debía sentirse satisfecho al ver cómo el presidente de la Federación de Colegios Médicos, y la palabra fogosa y de bien suelta facundia del Sr. Crespo, se mostraban calurosos voceros de aquellas torpes propagandas y fulleras informaciones con que, siguiendo su costumbre de siempre, este supuesto médico rural defiende las granjerías de su cargo y ataca y desacredita incesantemente la obra seria, altamente defensora de los intereses de los médicos, que realizan y consignan en su ponencia los autores del dictamen de la tercera.

Aunque me había propuesto firmemente no intervenir en esta sesión en el tema dicho, limitándome á ser un oyente silencioso, aquella sinrazón me hizo que-

brantar mis disposiciones al silencio, y pedí la palabra. Subí al estrado, y manifesté que iba á ser muy breve hablando solamente, no para defender la obra de unos ausentes, sino los prestigios de estos distinguidos colegas. Hice observar á todos, y particularmente al señor Sanchís, que yo desconocía completamente el dictamen y el voto particular, lo cual era prueba de que no había intervenido ni poco ni mucho en su redacción, contestando á la sospecha que había formulado en sesiones anteriores el presidente de la Federación; y expuse sencillamente mi protesta una vez más, contra el desconocimiento y la ingratitud que acreditaban quienes censuraban al Sr. Salazar y al Sr. Cortezo, por suponerles desafectos ó contrarios á los intereses de los médicos titulares. Advertía que no estando en la Asamblea el Sr. Gascón y Marín, y del Sr. Salazar se tenía noticia de que iba á llegar el día siguiente, según telegrama que había remitido, lo más cortés y conveniente al debate era aplazar el de esta ponencia, y esperarse á oír las razones que se alegarían de una y otra parte. Que yo tenía la esperanza de que cuando los asambleístas médicos escucharan las razones que habían informado la ponencia de los Sres. Cortezo y Salazar, la cual ni siquiera se había leído, habrían de persuadirse del acierto y el interés de la clase con que habían razonado y formulado sus conclusiones.

Como estaba caldeada la opinión, en términos generales, contra el dictamen, mis observaciones no tuvieron valor alguno, no fueron escuchadas, y se combatió de plano aquél, pidiéndose con marcado fuego, y de una manera general, que se votara el voto particular y fuese desechado el dictamen. Un incidente de carácter reglamentario acerca de esta votación dió por resultado el que se aplazase para la sesión inmediata, pero quedó bien manifiesto que la derrota del dictamen sería inevitable.

Levantada la sesión con marcado desorden y los ánimos algo excitados, se promovieron ya conversaciones en grupos, y teniendo yo á tiro de palabra el callado enemigo, quien se mostraba, al parecer, con ganas de decir algo, hube de arremeter contra él, y algo sacudido con mis frases, nos hizo, á los individuos que habíamos formado parte del Comité organizador, y á los que habían intervenido en la redacción del dictamen, ofensas que no hay para qué repetir y que tenían sin duda por fundamento antecedentes de su propia conducta y en que creía capaces de incurrir á los demás. Falso, y mal informado siempre, díme la satisfacción de allí, ante aquella aglomeración de asambleístas, y rodeado de algunos de los colegas á quienes trae en manifiesto engaño, decirle algunas palabras bien merecidas que me vinieron á los labios, pero que, con su dureza, y por su exactitud, fueron oportunas y le hicieron comprender las muchas que quedaron por decir en el momento.

Dos días después de la Asamblea, en sesión de la tarde, tenía ocasión de oír la voz elocuente del distinguido catedrático Sr. Gascón y Marín, exponiendo de una manera clara, simpática, y muy sugestiva, los fundamentos de su discrepancia y el sentimiento que le

había causado sostener una tesis que creía de todo punto necesaria, la cual se reducía sencillamente á señalar la conveniencia de proceder en la reforma de manera gradual para que los Ayuntamientos operasen lentos y los servicios pudieran organizarse con la seguridad y las facilidades que con una rápida implantación no habían de encontrarse. Hizo, además, grande elogio del celo y las razones acreditadas con la conducta que habían seguido y la ponencia y conclusiones que habían redactado los dos amigos ilustres que se hallaban ausentes.

ANGEL PULIDO.

(Se continuará.)

CARTA ABIERTA

Excmo. Sr. D. Carlos M.^a Cortezo.

Mi ilustre y respetable compañero: Mucho le agradeceré que ordene la publicación de estas cuartillas en EL SIGLO MEDICO. Tengo especial interés en que sea en este periódico donde se publique ese artículo para que nadie pueda pensar que yo trato de importunar á una persona para mí tan respetable y prestigiosa como usted.

Se reitera de usted su afectísimo s. s. que le admira,

DACIO CRESPO.

Diciembre 1922.

Excmo. Sr. D. Carlos M.^a Cortezo.

Muy respetable y venerado compañero: Los sólidos y bien ganados prestigios de EL SIGLO MEDICO, la gratitud y el respeto que merecen sus loables iniciativas y sus constantes desvelos en pro de las clases sanitarias y la honorabilidad de los que con usted comparten tan generosa y desinteresadamente su paternal solicitud por los médicos españoles, prestan una gratísima confianza á mi propósito de no malgastar unos momentos componiendo estos renglones. Yo quiero dar á usted pretexto para que, rectificando nuestros errores, refute con su lógica irrefutable aquellos razonamientos que, con todos los respetos para usted y para el doctor Martín Salazar, hube de exponer, al discutirse la ponencia la tema 3.^o ante la Conferencia Nacional de Seguros Sociales, en nombre de la Federación de Colegios de Médicos que tuvo el desacierto de echar sobre mis hombros tan penosa tarea.

Yo no necesito repetir aquellas manifestaciones tan sinceras como obligadas—y de las cuales se hizo eco el doctor Pulido—en las que reconocí y elogí los inmejorables deseos del Dr. Salazar y de usted, y suprimo también, porque no se valoren como lisonjas, los encomios que hice de aquellos más notorios beneficios que al director general de Sanidad y á D. Carlos M.^a Cortezo—á usted muy singularmente—debemos todos los médicos españoles y de modo especial los médicos titulares, manifestaciones todas que encontraron en el sector médico de la Conferencia una sanción unánime de conformidad.

Después de leer repetidas veces y con la atención más fervorosa la ponencia por ustedes presentada y después de valorar, con el mejor deseo, aquellos argumentos que yo deducía para oponer á mis reparos, éstos, no sólo no desaparecieron, sino que contrariándome mucho me vi obligado á exponerlos leal y resueltamente al ponerse á debate el tema 3.^o sin la presencia de usted, del Sr. Salazar y del Sr. Gascón y Marín.

No hubo, pues, ligerezas de juicio, ni defectuosa meditación, ni delictivos apasionamientos: si pequé—y yo estoy seguro de no haber acertado—cúlpese á mi ignorancia, á mi ineptitud, á mi pobreza intelectual, pero no transijo con que se califique nuestra actuación—y digo nuestra, porque yo hablé con asentimiento de las representaciones médicas que á la Conferencia acudieron—en términos que no merece la rectitud del propósito, y aunque su inseparable amigo y mi casi tocayo en su última crónica semanal salva con exquisito tacto todo lo que puede interpretarse como agravios personales, no está de más salir al paso de los espíritus aviesos que se aventuran á leer entre líneas lo que no estando escrito, ellos, con malicia, deducen é interpretan.

Es cierto, aunque sea muy doloroso; todas las delegaciones de Colegios de Médicos presididas por el ilustre Sanchís Bergón aceptamos el voto particular que á la ponencia presentada por el Dr. Salazar y por usted, formuló el Sr. Gascón y Marín; pero reconozcamos que la ponencia y el voto no discrepaban en lo fundamental y solamente distanciaban sus criterios una cuestión de detalle en el momento y en la modalidad de utilizar los servicios y fondos de la Beneficencia pública para la implantación del Seguro de Enfermedad. Sostenían ustedes en la segunda de las conclusiones de su ponencia, que la asistencia domiciliaria municipal *podría pasar fácilmente á ser una función de las instituciones de seguros con sólo que las cantidades que los Municipios consiguan hoy en sus presupuestos para atender á la asistencia medicofarmacéutica de las familias pobres ingresaran en las cajas del Seguro* y el Sr. Gascón y Marín, afirmando que ésta puede ser una aspiración para otra época, juzga *aventurada tan radical transformación*.

Y yo decía que á tal aventura no debía llevarse á los médicos titulares de España, que si no han saboreado las mejoras económicas que otras clases sociales han logrado rebelándose contra los Poderes públicos, tienen derecho, un derecho santo y por nadie discutido, á conservar intangibles sus bien menguadas independencias social y económica. ¿Que esto es solamente uno de los tantos recelos de la clase médica española? Es posible, pero el recelo en los médicos titulares que vienen día tras día, cerca de veinte años, sufriendo engaños, falsas promesas é injustas postergaciones, está plenamente justificado y no puede censurarse.

Yo ya sé que si D. Manuel Martín Salazar ó D. Carlos M.^a Cortezo fuesen ministros—no directores, conste—de Sanidad y legislaran la implantación de los Seguros de Enfermedad, Maternidad é Invalidez, los médicos titulares de España podían confiar, seguros de su definitiva redención, en la radical reforma que la ponencia propone; pero... ¿y si no son ellos?; y si el legislador al implantar tan brusca y radicalmente esa reforma deja sueltos los infinitos lazos en que, al implantarse, puede tropezar el médico titular y éste después de fatigosas jornadas que viene recorriendo, *no para mejorar sus ingresos*, sino para ser verdaderamente útil á su pueblo y á su patria, se encuentra dolorosamente sorprendido con que al dejar la tutela de alcaldes y monterillas—menos *farrucos* desde que los Colegios de Médicos son diques contra los cuales se detienen sus arbitrariedades—caen en otra tutela igual ó acaso peor que la actual... ¿no nos exigirían una responsabilidad moral á los que representándolos fuimos á *informar* la gestión preparatoria y rechazamos los elementales consejos de una sana prudencia y de una recomendable cautela?

Porque á la hora actual no tenemos idea de cómo funcionarán esos Seguros sociales, pero es lógico suponer que un organismo local—junta, patronato, etc.—los vigile y dirija sus múltiples funciones. Y cabe abrigar el temor de que



en muchos pueblos las personas que formen ese organismo local no gocen de la independencia precisa ni se vean libres de los personalismos y menudas pasiones á que casi obliga el enrarecido ambiente de nuestras aldeas, con lo cual los médicos rurales no se verán libres de esas amarguras que todos deseamos suprimirles y que la ponencia da por suprimidas si sus conclusiones se aceptan.

Según la conclusión cuarta de la ponencia del tema 9.º, el coste del Seguro debe ser sufragado por el Estado, por las Diputaciones y Ayuntamientos, por los patronos y por los obreros. ¿Cómo aportarán los municipios la parte que en el Seguro les corresponde? Si es con una cuota fija por individuo ó por familia los presupuestos municipales en su capítulo «Beneficencia» van á sufrir tal variación que hay temores de que algunos Ayuntamientos, por la vida precaria que hoy arrastran, se declaren insolventes. Un Ayuntamiento que hoy paga al médico titular por la asistencia á 300 familias pobres 1.000 pesetas anuales—no olvidemos que desde 1905 duermen un sueño que parece eterno en el Ministerio de la Gobernación las reclamaciones que algunos Ayuntamientos interpusieron al publicarse la clasificación de partidos médicos, con lo cual la dotación de los titulares siguen siendo *las primitivas*,—no está en las mismas condiciones que aquél otro Municipio que por conveniencias particularísimas ha pedido y ha logrado su segregación del partido médico á que pertenecía y tiene una titular dotada con 750 pesetas por la asistencia á media docena de familias pobres. Este, seguramente con la cuota fija por individuo ó familia ahorrará *pesetas*; aquél, por modestísima que la cuota sea, tendrá que recargar su presupuesto en cantidad superior á su potencia económica, y en ambos casos el perjudicado puede ser—no digo que lo sea—el médico titular. Seguir como hasta aquí, sosteniendo esa absurda, por no razonada, desproporción haciendo como ustedes dicen que las cantidades presupuestadas por los Ayuntamientos para la asistencia médico-farmacéutica domiciliaria, pasasen á las cajas del Seguro, es sancionar injustas desigualdades que por injustas deben desaparecer. Harán falta, por tanto, para dar fortaleza á lo propuesto por ustedes, que se procediese á una revisión previa de las dotaciones á que hacemos referencia y que se exigiese la resolución de los recursos dormidos en Gobernación, casi todos arbitrarios y sin fundamento legal, que sólo han servido para restar á los médicos titulares unos cuantos millones de pesetas.

Si, en conformidad con lo acordado en la conclusión segunda al tema 1.º, se legisla que el Seguro de Enfermedad es obligatorio para todos los comprendidos entre los catorce y los sesenta y cinco años que trabajando por cuenta ajena tengan unos ingresos anuales inferiores á 6.000 pesetas, y es voluntario para los que reuniendo las primeras condiciones trabajen por cuenta propia, es lógico presumir que en muchos pueblos, sobre todo en éstos misérrimos de Castilla, la mayoría de los vecinos, el 95 por 100 al menos, podrán disfrutar de los beneficios del Seguro, siendo más lógico todavía que al hacerlo así disminuyan la pequeña cantidad anual que ahora pagan al médico titular en concepto de *igualda*. Y se hace preciso dejar bien sentado que no ha de ser el médico quien sufrague los beneficios del Seguro y, por consecuencia, que la pérdida de sus ingresos por tal concepto tiene que ser subsanada en forma tal, que no se quebrante notoriamente la vida económica del médico titular, y aquí sí que la función tutelar del Estado tendría un amplio margen para hacer una labor beneficiosa... pero está bueno el Estado para funciones tutelares que cuesten dinero, sobre todo si éste ha de distribuirse entre ciudadanos tan sumisos como los médicos españoles...!

La libre elección de médico por el asegurado—base fundamental para el éxito del Seguro de Enfermedad—conducirá en nuestros pueblos á que se renueven las luchas fratricidas que pacientemente vamos en los Colegios desterrando. Desde el momento en que el médico titular tuviese su sueldo en la caja del Seguro y cada beneficiario estuviese en libertad de llamar al médico que le pareciera, los colegas, *amigos del cercado ajeno*, utilizarían toda suerte de medios para hacer imposible la vida del titular, y éste, *sin su sueldo del Ayuntamiento como base*, tendría, si fracasaba en su defensa, que abandonar el pueblo tal vez en una edad y en unas condiciones de enfermedad física que le privaran de emprender de nuevo la lucha por la vida. Ciertamente que este reparo carecería de valor si en los médicos, ó en una gran mayoría de los médicos, no reinase como el más sobresaliente de sus defectos un atávico individualismo que hasta les impide comprender las mil ventajas que el colectivismo ó el buen compañerismo les había de proporcionar... pero son así, y así hay que pensar en ellos, puesto que el cambio es obra de siglos.

Unido todo lo dicho—yo no puedo prolongar más esta carta—á la experiencia de lo sucedido á los médicos de Alemania é Inglaterra al implantarse el Seguro de Enfermedad, á lo detalladamente que estudia este asunto la Federación nacional de médicos franceses, á la sencillez con que un ministro puede privarnos, si le estorba, de la colegiación obligatoria que es y habrá de ser nuestro único medio de defensa, á lo indocumentados en que hasta la fecha nos encontramos, respecto á estas obras sociales, la mayoría de los médicos españoles y á otras mil consideraciones que sumadas tienen un valor efectivo, explican porqué nosotros creímos proceder con acierto, *no rechazando la ponencia por ustedes suscrita*, sino esperando á conocer las condiciones en que el Seguro se implantaba para con las mayores garantías hacerla nuestra y defenderla con todo entusiasmo si así convenía á los médicos titulares; que eso, y nada más que eso, significa nuestra conformidad con el voto particular formulado por el Sr. Gascón y Marín.

Se nos ha dicho que los médicos tenemos que ser los apóstoles de ese mejoramiento social que se llama Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad, y nosotros así solemnemente lo hemos prometido; pero siendo sinceros al añadir que esa gran obra social no sería viable porque nosotros nos oponíamos á ella violentamente si se lesionaban al implantarla los derechos respetabilísimos de nuestros representados—jornaleros intelectuales con ingresos inferiores en su mayoría á 6.000 pesetas—y por la defensa de esos derechos borramos diferencias de criterios y suscribimos los delegados de los Colegios Médicos en brevísimas conclusiones una conformidad absoluta que fué la que sostuvimos en todos los debates de la Conferencia y cuya aprobación al fin fué lograda.

Ya sabe usted y sabe el Dr. Martín Salazar—que me hizo el honor de escuchar estos y otros reparos á la ponencia de ustedes en una grata conversación que con él sostuve—por qué no aprobamos la ponencia rectamente, intencionadamente, encaminada á beneficiar á los médicos titulares; nosotros, si no por nuestros años, sí por nuestra constante relación con estos compañeros sabemos bien que un cambio radical, como ustedes proponen, puede ser en manos del legislador y en las muy toscas de los que en el pueblo y en la aldea den vida á lo legislado, *un arma de dos filos*, y nosotros tuvimos y tendremos la paciencia de esperar á conocer cuál de los dos filos va á descargar sobre la cabeza del médico titular, y en el caso que tememos de que nuestra labor informativa se desoiga, habrán cesado la cordura, sensatez y re-

signación de los médicos españoles, de los cuales se viene abusando en términos peligrosos.

Es de usted con el mayor respeto atento s. s. y compañero,

DACIO CRESPO

Delegado de la región leonesa.

Zamora, Diciembre, 1922.

TEMA 3.º

Si conviene utilizar los servicios y fondos de la Beneficencia pública sanitaria para los Seguros obligatorios de Enfermedad, Invalidez y Maternidad, y procedimientos de utilización.

Ponentes: D. Carlos María Cortezo, D. Manuel M. Salazar, D. José Gascón y Marín.

Como se ve por el enunciado tema, quedan excluidas de él toda clase de instituciones benéficas de orden particular ó privado, y se trata sólo de la forma de utilizar en favor de los Seguros los servicios y fondos actuales de la Beneficencia pública.

Para comprender con exactitud el sentido del tema, es conveniente fijar bien las relaciones que pueden existir entre la asistencia pública y los seguros sociales. La Beneficencia pública ha tenido, en los primitivos tiempos, por objeto prestar auxilio al desvalido por un movimiento sentimental de orden religioso ó laico, puramente humano, y después ha sido instituida por el reconocimiento de los derechos del hombre, que han impuesto á las sociedades organizadas el deber ineludible de asistencia social, amparando á los pobres enfermos ó imposibilitados para el trabajo. Ante tales estímulos sociales, se han creado en España las instituciones y servicios benéficos del Estado, las Provincias y los Municipios. Estos servicios, mantenidos por el procomún, han andado siempre en España muy lejos, por falta de medios económicos, de cumplir los fines de una perfecta Beneficencia, y, en este sentido, tienen que ser muy limitados también los provechos que puedan obtener de ellos los seguros sociales; pero, de cualquier manera que sea, en cuanto los seguros sociales representan una forma de evolución de la antigua Beneficencia, lógico será que reciba de ésta algo de su contenido y que se pueda indicar el modo cómo puede ser más útil este aprovechamiento, contestando así afirmativamente al enunciado primario del tema.

Desde luego, cambia mucho el sentido del tema, si se trata ó no del Seguro obligatorio. El Seguro obligatorio, que puede repugnar, á primera vista, á un mal entendido sentido liberal de muchas gentes, tiene, sin embargo, un fundamento democrático, porque se trata de someter la actuación individual al derecho colectivo ó social, ó sea, en este caso, al bien de la sociedad entera, que está interesada en hacer desaparecer de su seno la enfermedad y la indigencia. En países de tan escasa iniciativa individual como España, el Seguro, ó tiene que ser obligatorio, ó no ser. Pues bien: si se parte del supuesto del Seguro obligatorio, claro está que la Beneficencia oficial tiene que sufrir, una vez implantado el Seguro, una completa transformación. Sin llegar á la ilusión de creer que los Seguros supriman por completo la indigencia, y admitiendo que, á pesar de su eficacia, siempre seguirá habiendo pobres y enfermos que necesitan de la asistencia oficial, es indudable que una gran parte, acaso la mayoría de la clientela actual de los hospitales, asilos, etc., quedará incluida dentro de las leyes del Seguro, y que un gran contingente pasará *ipso facto* á la categoría de individuos que tienen derecho á un socorro y á una asistencia médica

que los redima de la acción de la caridad pura, y que los libre, si ellos quieren, de su estancia en los establecimientos oficiales de Beneficencia.

Este despejo favorable que trae consigo el Seguro á las obligaciones actuales de la Beneficencia oficial es precisamente lo que más puede facilitar la utilización de sus servicios en favor de las instituciones de Seguros. Es indudable que éstas instituciones necesitan, para cumplir sus fines de hospitalización y asistencia á los individuos asegurados y sus familias, contar con establecimientos benéficos sanitarios, como hospitales, sanatorios, asilos, hospicios, maternidades, etc., y como éstos no pueden improvisarse, claro está que es preciso utilizar los que hoy existen.

Desgraciadamente, no andamos nosotros muy sobrados de instituciones benéficas oficiales para confiar en que sólo ellas puedan responder á las necesidades del Seguro; pero sí podemos esperar que, dentro de ciertos límites, presten un servicio útil y, de momento, absolutamente indispensable, mientras tanto los fondos de reserva de las Cajas del Seguro no favorecen las creaciones de establecimientos nuevos, que puedan cumplir ampliamente su cometido ó auxilien al mejoramiento, transformación y ampliación de los existentes.

La primera radical transformación que experimentarían los establecimientos de Beneficencia sería la de reducir la asistencia gratuita, el servicio, en su forma actual, á sólo los indigentes, pobres, degenerados é incapacitados para el trabajo, no comprendidos en los beneficios del Seguro. Todos los demás asistidos podrán pagar, mediante las Cajas del Seguro, una cuota de hospitalización ó asistencia á los establecimientos benéficos correspondientes, y este ingreso por las cuotas de los asegurados, aunque fuese módico y acomodado al fin altruista ó filantrópico á que se dirige, contribuiría á sostener los gastos de esos mismos establecimientos de Beneficencia oficial, y, lo que es más importante todavía, á mejorar ó perfeccionar sus servicios. De suerte que, á cambio del auxilio que las instituciones benéficas del Estado, las Provincias y los Municipios puedan prestar á los asegurados, éstos mismos, con los fondos del Seguro y las cuotas que paguen por su asistencia, podrán contribuir á desenvolver y perfeccionar los servicios de los actuales hospitales, sanatorios, asilos, maternidades, etc., mantenidos por aquellas entidades. De esta suerte podrá haber una reciprocidad de acción benéfica, de la cual salgan ganando los unos y los otros.

Colocada la cuestión en estos términos, creemos que el tema de la utilización de los servicios y fondos de la Beneficencia pública en favor de los Seguros sociales puede dividirse, para su estudio, en tres partes, que son: 1.ª, la que se ocupa de la utilización de las instituciones y servicios del Estado; 2.ª, de las Provincias, y 3.ª, de los Municipios.

Respecto á este último punto, por tratarse de la relación de la Beneficencia municipal con los médicos titulares, que constituyen la parte más humilde de la clase médica y, por tanto, la más digna de consideración y amparo, es asunto éste que deseamos tratarlo especialmente, por el interés de que los médicos titulares vean con simpatía, y no con hostilidad, la implantación de los Seguros de enfermedad, maternidad é invalidez, y por la justicia de no abandonarlos en la defensa de sus derechos adquiridos, en relación con los municipios, en el momento en que las Cajas del Seguro pudieran, al hacerse cargo de la Beneficencia municipal, desatenderlos y olvidarlos, no utilizando sus servicios.

Los Municipios ejercen dos órdenes principales de asistencia pública. Uno de ellos es el que proporcionan las instituciones de la Beneficencia municipal, que en otros países

tienen un enorme desarrollo, y que en España escasean bastante, salvo en los grandes núcleos de población, como Madrid, Barcelona y otras capitales de provincia. Estas instituciones benéficas pueden, en la forma antes indicada, auxiliar las funciones del Seguro, proporcionando á los individuos asegurados asistencia en los hospitales, asilos, maternidades, etc., de carácter municipal, por precios económicos ó gratuitamente, según la cantidad de protección que cada Municipio pueda prestar á la obra social de los seguros.

El otro orden de asistencia benéfica municipal es la de la asistencia domiciliaria, que es la más generalizada en España y la que actualmente desempeñan los médicos y farmacéuticos titulares en las pequeñas poblaciones, y los profesores de la Beneficencia municipal en los grandes centros urbanos. Pues bien; todo este orden de Beneficencia municipal, en los pequeños y grandes municipios, podría fácilmente pasar á ser una función de las Cajas de Seguros, con la sola transformación de que los Ayuntamientos se convirtieran en aseguradores de todos los individuos indigentes y sus familias, pertenecientes á ellos, y aportasen á las Cajas del Seguro las cuotas que correspondieran á estos asegurados, como si fueran personas capacitadas para el trabajo y, por tanto, asalariados y solventes como todos los demás trabajadores.

Empero todavía podría simplificarse más esta reforma si, después de estudiar profundamente el asunto desde el punto de vista económico, se conviniera en que, para cumplir los Ayuntamientos sus obligaciones en esta materia, bastara con que las actuales consignaciones que tienen en sus presupuestos todos los Municipios de España para atender á la asistencia médico-farmacéutica de las familias pobres pasaran íntegras á las Cajas de Seguros, encargándose éstas de la prestación de los servicios benéficos municipales á las familias pobres.

De ser esto posible, dentro de las normas de la ciencia actuarial, es evidente que sería el procedimiento más eficaz de utilizar los recursos de la Beneficencia municipal en favor de los Seguros, y que de su aplicación no se deducirían más que ventajas para todos. De una parte, las Cajas de Seguros, recibiendo el total importe de las consignaciones de los Ayuntamientos para atenciones benéficas, recibirían un ingreso anual muy respetable, que ayudaría mucho á su desenvolvimiento económico, y de otro lado, bien se puede asegurar que los enfermos estarían mejor asistidos, desde el momento en que las familias indigentes de los municipios pudieran gozar de todas las ventajas y medios de hospitalización y tratamiento que las instituciones aseguradoras, en general, tuvieran para los trabajadores asalariados comprendidos directamente en el Seguro.

Todo el mundo conoce la penuria con que los pequeños Municipios atienden á las necesidades de sus enfermos pobres; y es simpática la idea de proporcionar á esos infelices su mejoramiento en los medios de asistencia en casos de enfermedad é invalidez, colocándolos, en este sentido, al nivel de aquellos otros obreros más afortunados que gozan de aptitud física para el trabajo y pueden ganar su jornal para pagar sus cuotas al Seguro. Es indudable que ese peso muerto inevitable de los Municipios, constituido por el número de gentes indigentes que, por su incapacidad para el trabajo, no podrán nunca estar directamente en las leyes del Seguro, no tiene otra solución médico-social que la de hacer que esos individuos sean asegurados por los Municipios mismos, en la forma que aquí se indica, ó en otra semejante.

Empero, de realizarse la reforma que se propone, surge

una cuestión muy importante, que es preciso resolver, cual es la de la situación en que quedarían los profesionales médicos y farmacéuticos adscritos hoy al servicio de la Beneficencia municipal, y que suman, en toda España, muchos miles de individuos. A nuestro juicio, y por el momento, no hay otro medio que incorporarlos á las asociaciones del Seguro mismo; es decir, que todos los médicos titulares, y los profesores todos de la Beneficencia municipal, pasen á depender de las Cajas del Seguro.

Con esta solución ganarían mucho los médicos titulares, hasta el punto de alcanzar, por este medio inesperado, el cumplimiento de lo que ha llegado á ser una verdadera obsesión colectiva de ellos, á saber: la seguridad del pago y la independencia de la política caciquil de los municipios. Su aspiración eterna de ser pagados por el Estado tiene de este modo su satisfacción equivalente, puesto que las instituciones aseguradoras puede decirse que son tan solventes como es el Estado, y con ello desaparecería la lucha sostenida con los Municipios morosos que no pagan las consignaciones de sus médicos, á pesar de todo lo que se ha hecho en estos últimos años para alcanzarlo. En cuanto á la independencia política de los Municipios, desde el momento en que los médicos titulares dependan de las Cajas del Seguro, quedarán libres de toda relación con los Ayuntamientos y, por tanto, de todo yugo de los políticos y caciques, que es, desde el punto de vista ético, lo que más puede emancipar y dignificar á los pobres médicos titulares.

Por último, hay que señalar la posible ventaja de que, constituidos los titulares en médicos de las Cajas de Seguro, estas Cajas, por conveniencia de ellas mismas, quisieran utilizar sus servicios para prestar asistencia á otro orden de asegurados, á más de los que, por los anteriores contratos con los Ayuntamientos, les hubieran correspondido, y, en tal caso, habrían de gozar de mayores emolumentos, obteniéndose, por consiguiente, con ello un mejoramiento de la situación económica que los médicos titulares tienen actualmente.

En vista de todo lo anteriormente expuesto, se puede condensar en las dos siguientes conclusiones la forma de utilizar los servicios y fondos de la Beneficencia central, provincial y municipal en favor de los Seguros de Enfermedad, Maternidad é Invalidez:

PRIMERA

Las Instituciones y Establecimientos de Beneficencia del Estado, la Provincia y el Municipio podrán auxiliar los servicios del Seguro de Enfermedad, Maternidad é Invalidez, teniendo en cuenta que muchos de los individuos y sus familias que reciben hoy asistencia gratuita en esos Establecimientos, pasarán á depender de las Cajas del Seguro, y éstas serán las encargadas de pagar esa asistencia, la cual podrá ser más económica para las Cajas, si dichas instituciones de Beneficencia ofrecen ventajas que sean compatibles con su vida económica. Mientras las Cajas del Seguro no cuenten con Instituciones propias, cosa que ha de tardar mucho tiempo, se verán precisadas á contratar con las que actualmente cuente el Estado, la Provincia, el Municipio, ó la Beneficencia particular ó privada, sin otro remedio.

SEGUNDA

La asistencia domiciliaria municipal, que es la más generalizada en España, y que actualmente desempeñan los médicos y farmacéuticos titulares en las pequeñas poblaciones, y los profesores de la Beneficencia municipal en los grandes centros urbanos, podría pasar fácilmente á ser una función de las instituciones de Seguros, con sólo que las

cantidades que los Municipios consignán hoy en sus presupuestos para atender á la asistencia médico-farmacéutica de las familias pobres ingresaran en las Cajas del Seguro para subvenir á esta nueva forma de asistencia social de los municipios, y los médicos titulares encargados actualmente de estos servicios pasaran á ser médicos del Seguro, conservando el carácter y atribuciones de inspectores locales de Sanidad que les concediera la Instrucción sanitaria de 1904.

Solo falta añadir, para no alarmar á la opinión liberal del país, que el plan de utilización de los servicios y fondos de la Beneficencia municipal que aquí se propone sea por respeto á la autonomía, de libre determinación de los Municipios, en la seguridad de que serán muchos los Ayuntamientos que, estimando las ventajas que les proporciona la transformación de su Beneficencia en el propuesto régimen del Seguro, opten por este procedimiento.

CARLOS M.^a CORTEZO.

MANUEL M. SALAZAR.

Voto particular de D. José Gascón y Marín.

Aceptando las primeras consideraciones de la Ponencia, partiendo, como ella, del principio del Seguro obligatorio, la discrepancia se inicia al tratar de sustituir, desde el primer momento, los servicios actuales de Beneficencia por los á organizar al implantar los Seguros, discrepancia más que de fondo, relativa al momento y modalidad de operar la transformación.

Problema especialísimo es el de la Beneficencia municipal, en su relación con los Seguros de Enfermedad, Maternidad é Invalidez, sobre todo con los dos primeros, toda vez que dicha Beneficencia actúa principalmente cerca de un gran contingente de futuros asegurados, prestando hoy el servicio que en día próximo deberán prestar los nuevos organismos del Seguro, y que en torno á este problema de relación, plantease el de la situación futura de los actuales médicos titulares, muy dignos de protección oficial, funcionarios técnicos cuya actuación puede ser muy útil en la nueva forma de asistencia social.

Pensar en una radical transformación, en la posibilidad de sustituir repentinamente la acción municipal por la de las Cajas locales de Seguros, sería medida un tanto aventurada, pues aunque ello pudiera considerarse como aspiración para otra época, en la de implantación de Seguros obligatorios convendría limitarse á contar con el auxilio que á éstos prestaran las municipalidades con sus recursos económicos ó con su personal del servicio sanitario.

En las pequeñas localidades debería establecerse relación entre los actuales servicios de asistencia á enfermos y los á organizar por las Cajas de Seguro de Enfermedad y Maternidad. El médico titular podría ser el médico que asistiera al asegurado; la retribución que actualmente percibe de fondos públicos constituiría una base á tener en cuenta para la retribución que percibiera por los nuevos servicios, y si la Corporación municipal se convirtiera en aseguradora de los riesgos de enfermedad, maternidad é invalidez de los indigentes ó de alguno de ellos, sin perder la asistencia el carácter municipal, se modificaría la modalidad de su prestación con la intervención de la Caja de Seguro, en cuyo gobierno y administración correspondería á las autoridades municipales, no tan sólo aquella representación del Poder público, en función más ó menos tutelar, con actos fiscalizadores de la acción social, sino la intervención administrativa acomodada á la importancia numérica del número de asegurados municipalmente. No se mermaría la acción municipal en el orden benéfico, no habría daño alguno para las prerrogativas del Poder local, y al sumar su acción á la puramente so-

cial, la coincidencia de actuación seguramente vendría en beneficio de la finalidad á realizar en la obra de asistencia.

En otros centros de población en los que el número de médicos es mayor, en los que la Beneficencia domiciliaria tiene una organización más amplia, el problema cambia de aspecto. No siempre sería fácil lograr, dado el principio de elección de facultativos entre los titulados como tales por las Cajas, imponer á los asegurados los médicos de la Beneficencia oficial, é imponer á éstos el cambio de su condición administrativa, dejando de ser funcionarios municipales para pasar á ser médicos de las Cajas, con otras condiciones en la prestación de los servicios y otras modalidades de retribución. Mas el reconocer esta realidad no impide la mutua colaboración y el iniciar una época de transformación en el servicio benéfico domiciliario, pues, como ya se consignó, establecido el Seguro, indudablemente habrá de disminuirse el censo de quienes tengan derecho á la asistencia, habrá de disminuir el gasto á soportar por la municipalidad, y podrá ésta, ya que no disminuir el gasto total, insuficiente en la generalidad de los casos, modificar su inversión, contribuyendo á la obra social del Seguro, ya en forma de subvención correlativa á la economía que el Seguro proporcione en favor de la Caja local, mediante el aseguramiento de los pobres, mediante acuerdos especiales con la Caja de la localidad, ya poniendo á disposición de la misma, en ciertas condiciones, los elementos materiales de que la municipalidad disponga en Dispensarios, Casas de Socorro, Hospitales, Maternidades ó Asilos.

Tales acuerdos deberán oficialmente ser estimulados y previstos en la reglamentación de los futuros Seguros, ya consignando que los médicos de Beneficencia domiciliaria que lo solicitaran tendrán preferencia para figurar en las listas de facultativos á los que pudieran solicitar los servicios técnicos de asistencia los asegurados, ya determinando concretamente bases económico-administrativas para que al disminuir el número de individuos á los que deberá prestarse el servicio municipal, en relación con tal disminución hubiera una aportación económica á las Cajas locales.

En cuanto á la Beneficencia provincial, principalmente interesa en esta ponencia lo relativo á las Casas de Maternidad y Manicomios. El problema de relación plantease en análogas condiciones á la anteriormente indicada. Una fusión de servicios, un trasplante rápido del servicio de maternidad provincial al de los organismos del Seguro, podrá poner, en los primeros momentos, en peligro el servicio actual y el propio desenvolvimiento del Seguro.

Una colaboración íntima es deseable, ya poniendo á disposición de las nuevas entidades en condiciones especiales de asistencia de distinguidos, mediante retribución previamente fijada por acuerdo de Diputaciones y Cajas provinciales del Seguro de Maternidad, los Establecimientos provinciales de Maternidad, ofreciendo una innegable economía en el servicio á la entidad aseguradora, ya llegando, en casos especiales, á una cooperación tal, que el servicio tuviera carácter mixto á efectos administrativos, y aunque, pasado un cierto período y alcanzado un cierto grado de desenvolvimiento financiero de las Cajas del Seguro, pudieran éstas, con auxilio de las cooperaciones provinciales, hacer frente á servicio tan humanitario y preciso.

Respecto á los servicios de Beneficencia general, su desenvolvimiento es cuantitativamente tan rudimentario, que tan sólo puede suponerse la posibilidad de utilizar sus servicios como base de una futura organización y un desarrollo de las actuales instalaciones, en la que éstas ofrezcan á las Cajas del Seguro los frutos de la experiencia de bases sólidas.

das de cálculo, de coste de asistencia y elementos utilizables para la organización técnica del servicio ampliado, y las Cajas puedan, al propio tiempo que evitar, con instalaciones que, en ciertos casos y en cierta medida, puedan facilitarles posibilidad de asistencia á asegurados, ser, con sus recursos, promotores de un desenvolvimiento muy deseable de la hoy mencionada Beneficencia general.

Preciso es no olvidar un aspecto que puede tener una cierta importancia: los servicios actuales préstanse á pobres; los nuevos servicios suponen socialmente una categoría distinta; el asegurado de mañana no figurará en el padrón del que tiene derecho á la Beneficencia de hoy. Para el éxito del Seguro es preciso que el asegurado advierta, desde el primer instante, que ha cambiado, que ha mejorado su condición como asistido gracias al Seguro, y ello lleva á la conclusión de no poder esperar economías en los gastos públicos actuales, sino modalidades de inversión, y que el cuantioso aumento que los servicios benéfico-sanitarios deben tener en nuestro presupuesto se ven en parte compensados con las aportaciones de los futuros asegurados.

Conclusiones.

1.^a Debe existir aportación de servicios por el Estado, Provincia y Municipio á la futura organización de los Seguros sociales.

2.^a Las entidades públicas que actualmente tienen organizados servicios de asistencia en caso de enfermedad, maternidad ó invalidez deben utilizar el Seguro y las instituciones oficiales que se creen para transformar la actual asistencia benéfica, encaminando la transformación á obtener lo antes posible el Seguro en pro de los que tengan derecho á asistencia pública.

3.^a Tanto el Estado como la Provincia y el Municipio por medio de los elementos administradores de sus Establecimientos benéficos, deberán procurar llegar á acuerdos con las diversas Cajas de Seguro, para que éstas puedan utilizar á sus fines los Establecimientos benéficos hoy existentes, y, recíprocamente, éstos facilitar el servicio de asistencia en condiciones especiales á los declarados pobres é inscritos como asegurados en condiciones especiales por Corporaciones públicas.

4.^a Las Cajas de Seguros, en los términos municipales en que sólo exista un titular médico, utilizarán los servicios de éste, y donde hubiere otros facultativos podrán formar lista de los á que puedan acudir los asegurados.

5.^a A medida que por la acción del Seguro disminuyan las actuales obligaciones de los Municipios, Provincias y Estado, deberían éstos subvencionar las Cajas de Seguro en razón de la economía que obtuvieran en sus presupuestos.

CARTA ABIERTA

Para el Dr. Fidelio Herrera.

Para tranquilidad del compañero titular de Rodilana que en el número de EL SIGLO MEDICO del 9 del actual publica en su pequeño artículo «La socialización de la Medicina y los médicos rurales» sus temores sobre los resultados nada halagadores de la Conferencia Nacional sobre Seguro de Enfermedad, Invalidez y Maternidad; para tranquilidad también de los demás compañeros rurales que por ser los menos impuestos, por falta de preparación en estas materias, seguramente tendrán también sus dudas y miedos, yo he de contestar al Dr. Herrera y á todos los que con él piensen, varias razones, que llevarán á su ánimo seguramente otro concep-

to del Seguro de Enfermedad y de su implantación, del que ahora tienen.

Conste antes que nada, que la Asamblea que acaba de celebrarse en Barcelona ha sido *exclusivamente de información*, es decir, que nada de lo que allí se ha dicho ni aun de lo que se ha aprobado, ha de ser *seguramente* implantado, puesto que sus conclusiones no han de ser otra cosa más, que especie de documentos de información sobre los que, teniéndolos en cuenta, se ha de instituir el futuro Seguro; esto quiere decir que si la clase médica quiere (que no querrá porque la gusta que se lo den todo hecho) tiene tiempo de sobra aún para estudiar y dar su opinión, suponiendo que entienda que los médicos que allí hemos ido representándola, no hemos sabido exponer su verdadero sentir.

Con esto creo será suficiente para que todos nos tranquilicemos, pero además yo he de decir otras cosas.

No eran pocos, en efecto, los compañeros que pensaban que la clase médica no estaba preparada para la implantación del Seguro, buena prueba de ello fué (y si el Dr. Herrera ha leído mis crónicas en EL SIGLO MEDICO, lo sabrá ya) que en las primeras sesiones, al discutirse el tema primero, por acuerdo general de toda la clase (y digo de toda la clase, porque representaciones había de todos los Colegios de España, Sindicato de Madrid, Sindicato de Cataluña y el doctor Almarza como representante de los titulares en la conferencia, cargo que le confió la última Asamblea de titulares celebrada en Madrid) nuestro presidente Dr. Sanchíz Bergón presentó una enmienda, en que se hacía ver claramente nuestra falta de preparación para colaborar en ella, enmienda que hubo necesidad de retirar, entre otras causas, porque con nosotros y sin nosotros la conferencia se hubiese realizado, como se establecerá el Seguro en España prestemos ó no los médicos nuestra colaboración en su implantación. ¿Cree el Dr. Herrera que no? Pues permítame que le llame cándido y hombre de buena fe si cree que los médicos españoles estamos lo suficientemente unidos, como nuestros colegas ingleses, que casi hacen fracasar la implantación del Seguro en Inglaterra, de no haberles concedido cuanto pidieron; desgraciadamente es triste confesarlo, pero pese á los Colegios Médicos que no quieren reconocer que por ser organismos oficiales sus estatutos no les permite tener autoridad suficiente sobre sus colegiados (véase el caso de la Honradez en Madrid) es la verdad que sobrarían médicos que, importándoles muy poco el interés colectivo y los acuerdos de los Colegios, se prestarían á ejercer en el Seguro, bajo las condiciones que quien lo implantase quisiese. Bien hemos hecho, pues, en acudir á la conferencia y tomar parte en ella, ya que por lo menos en esa fuente de información de donde ha de salir el proyecto de Seguro de Enfermedad, que tanta interesa á los médicos, hay una opinión que no es de uno ni de dos médicos, impuestos rápidamente en estos asuntos como cree el Dr. Herrera, sino que es la expresión fiel de representantes médicos de todas las regiones de España, que allí acudieron aportando cada uno su manera de pensar.

Pero por otra parte, ¿quiere decirme el Dr. Herrera de quién es la culpa de que la clase médica no esté preparada? Pues no lo dude un momento mi colega: de nosotros mismos y nada más que de nosotros mismos. El reglamento de la conferencia está publicado desde hace varios meses; hace ya dos años que se sabía que esta conferencia se iba á celebrar; los que en ella nos hemos interesado, tuvimos buen cuidado de adquirir los documentos de información que el Instituto Nacional de Previsión daba y mandaba gratuitamente á quien se los pedía, y el Sindicato Médico de Madrid tenía casi un mes antes de celebrarse la conferencia, su po-

nencia redactada y aprobada por sus socios; es decir, que han sido las organizaciones y entidades médicas las que hasta última hora no se han dado cuenta de que la Asamblea era un hecho, de que tenía gran importancia para los intereses de la clase médica y de que era preciso acudir á ella.

Yo fui el primero en protestar en nuestro Colegio de esa tardanza que su presidente el Dr. Blanc justificó á su modo; pero ¿es que porque los médicos nos hayamos dormido en las pajas, como vulgarmente se dice, otras clases interesadas tanto como nosotros (la obrera sin ir más lejos) en el Seguro, nos iban á estar aguardando? En Madrid donde hay bibliotecas como dice el Dr. Herrera y bibliografía abundante, todavía me siguen preguntando muchos queridos colegas: Oye, tú que has estado en Barcelona, ¿qué es eso del Seguro? y pretenden que en dos palabras se les explique lo que á otros nos ha costado meses de trabajo; y sin documentación alguna porque no están preparados quieren ya opinar y emiten su manera de pensar, no demostrando más que un desconocimiento total del asunto, y sobre todo lo que es peor, estamos á estas alturas y hay muchos, créamelo el compañero Herrera, que no se han molestado en leer siquiera lo que sobre el Seguro de Enfermedad se lleva escrito en revistas profesionales.

No podemos, pues, estar esperando á que la apatía que como buenos españoles nos corresponde á los médicos, desaparezca, para empezar á ocuparnos del asunto, y forzoso será que los que voluntariamente quieran trabajar y contribuir al resurgimiento de nuestra desgraciada clase, poniéndose de acuerdo, intenten defenderla en cuanto le sea posible, exponiendo lo que ellos creen es el sentir de la clase á que pertenecen.

Esto no obstante, la Federación de Colegios Médicos de España tiene la obligación ahora de no seguir durmiéndose, y rápidamente, pero bien (y con esto transmito una idea feliz que me comunicaba hace pocos días mi querido amigo y maestro el Dr. Sáinz de Aja) ilustrar á todos los médicos de España enviándoles á cada uno particularmente una extensa bibliografía en español de cómo están implantados los Seguros de Enfermedad en los distintos países, sus ventajas é inconvenientes, y junto con esto una información amplia de lo que ha pasado en la conferencia de Barcelona y lo que piensan sus representantes médicos en ella, de cómo debe implantarse el Seguro en España.

Con ello efectivamente, se ilustrarían y documentarían todos los médicos, con lo cual se conseguiría además, puesto que aún hay tiempo, que cada uno contribuya con sus observaciones al buen éxito de una empresa que tanto nos interesa á todos y que al fin y al cabo es lo que se trata de conseguir.

DR. BARRIO DE MEDINA.

Madrid, Diciembre 1922.

Alcaldía Constitucional de Cartagena

CONVOCATORIA

En cumplimiento del acuerdo adoptado por el excelentísimo Ayuntamiento en la sesión celebrada el día 1.º de Septiembre último, se convocan oposiciones para proveer la plaza de director jefe de los Servicios sanitarios, dotada con el sueldo anual de 5.000 pesetas, en las que pueden tomar parte los que posean el título de doctor en Medicina y Cirugía ó Farmacia ó tengan aprobados los ejercicios de dicho grado, siendo requisitos indispensables que los aspirantes no

tengan menos de veintitrés años ni excedan de cuarenta el día de esta convocatoria, que sean españoles ó estén naturalizados en España; que se hallen en pleno goce de sus derechos civiles y políticos; que gocen de buena conducta y que tengan la aptitud física necesaria.

El plazo de admisión de solicitudes, que han de presentarse en papel del Timbre del Estado, de la clase 8.ª, terminará el día 5 de Enero de 1923; y los ejercicios darán principio á los diez días sucesivos de expirar el plazo de admisión de instancias.

Todo opositor abonará 50 pesetas en metálico á la presentación de su instancia.

El Reglamento para las oposiciones y el programa se encuentran de manifiesto en la Secretaría de este Ayuntamiento donde se entregará ejemplares á los opositores que lo soliciten.

Cartagena, 2 de Diciembre de 1922.—Julio Mínguez.

El Tribunal que ha de juzgar estas oposiciones, será presidido por el señor alcalde, y lo constituirán: el Dr. Maestre Ibáñez, del Hospital General de Madrid; el Dr. Cortezo (Victor), del Parque Central de Sanidad; el Dr. Partearroyo, del Instituto Nacional de Higiene, y un concejal, que actuará de secretario, y que dada su condición de técnico será el doctor M. Mínguez.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 698,3; ídem mínima 696,7; temperatura máxima, 21°,4; ídem mínima, 0°,6; vientos dominantes, S. SO.

Pocas variaciones ha presentado el estado de la salud durante la semana que acaba de terminar, continuando, afortunadamente, la proporción benévola de enfermedades que desde hace algunos meses venimos consignando.

La mortalidad es inferior á la de otros años por igual época, y no se presenta ningún padecimiento agudo con carácter epidémico ni en los adultos ni en los niños.

Crónicas.

Rectificación.—En nuestro número del 16 de Diciembre de 1922, en la sección de «Periódicos médicos», artículo que trata de «Observaciones acerca del tratamiento por los cuerpos estimulantes y la defervescencia crítica», se omitió por descuido indicar la procedencia. Está tomado de la *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, del 17 de Noviembre del presente año.

A nuestros suscriptores.—El día 15 del presente mes hemos entregado 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.

Lenguaje médico.—En nuestro ilustrado colega *A B C* publica un ingenioso redactor, que firma «Melitón González», muy sabrosas y amenas crónicas, en las que fustiga con innegable donaire á los periodistas que se van del *seguro gramatical*. Aplaudimos la deleitosa tarea, en la que, como saben nuestros amigos, venimos colaborando en el aspecto médico de las incorrecciones y dislates; pero nos permitimos señalar al buen D. Melitón la conveniencia y la comodidad de no ir á buscar los *gazapillos* por la Prensa de poblaciones de tercer ó cuarto orden. En Madrid mismo, en periódicos muy solemnes y *modernistas*, puede en-

contrar el Sr. González, no gazapos, sino *caza mayor*, y como muestra, vea lo que el mismo periódico en que escribe dice, hablando de las heridas de los estudiantes, debidas á la amorosa y culta intervención del Sr. Millán de Priego en los últimos desórdenes: «La bala había penetrado en la articulación del hombro, destrozando la cabeza del *fémur*.» ¡Destrozar es; no creíamos capaces de tanto á los funcionarios del vergajo y el rompecabezas!

¿Adónde vamos á parar?—Leemos en un periódico que los estudiantes *católicos* se han presentado al señor ministro de la Guerra pidiendo que autorice al teniente coronel señor Millán Astray para que dé una conferencia.

¿Qué tiene que ver el catolicismo con el Tercio Extranjero ni con la conducta del Sr. Millán? ¿Quién puede tener interés en fomentar la división de los estudiantes en *católicos* y no *católicos*? Por de pronto nos permitimos creer que los verdaderos amigos de la religión nacional no serán los que tales empeños alienten.

Homenaje al Dr. Espina.—El día 17 tributó Ocaña (Tolledo), un homenaje al Dr. D. Antonio Espina y Capo, con motivo de sus bodas de oro profesionales.

Fué descubierta una lápida conmemorativa en la casa donde nació el citado doctor, y el rótulo denominando plaza de Espina y Capo á la antigua de Guanteros.

Al acto asistieron personalidades médicas de la corte, que ofrecieron su entusiasta concurso.

Al homenaje, iniciado por el médico de esta villa Sr. Moreno de Lara, se asociará todo el vecindario.

Noticias.—El Colegio de Médicos de Lérida ha acordado adherirse al homenaje que se tributa á Ramón y Cajal, y á este efecto ha enviado un donativo en metálico á la Universidad de Barcelona.

—En el Colegio Médico dió el día 10 una conferencia el Dr. D. Leonardo de la Peña, catedrático de la Facultad de Madrid, el que desarrolló el tema «Síndrome enterorenal y enfermedades del aparato urinario».

El conferenciante fué muy aplaudido.

—Ha disgustado profundamente á los médicos de Bilbao la campaña de los naturistas en contra del régimen curativo de vacunas; y aquéllos se disponen á probar en controversias públicas la eficacia del procedimiento.

Cruz Roja Americana.—La Cruz Roja de los Estados Unidos ha redactado una circular en la que se detallan los servicios prestados por esa institución, de un año á la fecha, tanto en los hospitales de aquel país como en Esmirna y Grecia muy recientemente, y se estimula á cuantos han contribuido á sufragar los gastos que exigen aquellos servicios á perseverar en el auxilio para que no decaiga la humanitaria labor que es necesario proseguir, principalmente para con los fugitivos de Asia Menor.

Otra epidemia sobre Rusia.—Rusia desde 1914 viene padeciendo todos los males imaginables: guerra, hambre, cólera, tifus, revoluciones... Un telegrama procedente de Londres da cuenta de que una nueva epidemia ha hecho presa en el triste pueblo ruso.

La malaria causa estragos en el centro de Rusia y en el mismo Moscu. Hasta principio de año, el área infectada estaba circunscrita á las regiones del Sureste, los distritos pantanosos del Dnieper y del Don, la costa del Cáucaso, del mar Negro y la Transcaucasia; pero después se ha propagado á las ciudades centrales, y las últimas estadísticas oficiales acusan haber alcanzado proporciones aterradoras.

De las personas atacadas, un 25 por 100 ha muerto. La carencia de organizaciones médicas adecuadas y de recursos imposibilita combatir la epidemia.

Forensías.—Se halla vacante por traslación de D. José Barrientos la plaza de médico forense y de la prisión preventiva de Carmona (categoría de ascenso) que debe proveerse por concurso de antigüedad absoluta en la categoría inmediata inferior conforme á lo prevenido en el art. 8.º del Real decreto de 12 de Abril de 1915.

Para proveerse en igual forma que en la anterior, la del Juzgado de Santa Cruz de Tenerife de categoría de término.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia Territorial correspondiente por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta*. (*Gaceta* del 15 de Diciembre de 1922).

Consultas públicas.—Resumen de los servicios prestados por el Gabinete Médico del barrio de Salamanca durante el mes de Noviembre último:

En consulta pública, 245; á domicilio y en el Gabinete, 195; enfermedades de los niños, 50; garganta, nariz y oídos, 40; piel, venéreo y sífilis, 70; corazón y pulmón, 66; estómago é intestinos, 27; matriz y embarazo, 28; ojos, 14; cirugía general, 79; boca y dientes, 130; casos judiciales, 2; vacunados, 10. Total, 956,

Ultimo retrato de Cajal.—Se encuentra de venta en la Administración de EL SIGLO MEDICO el último retrato del profesor Cajal, con un autógrafo altamente patriótico.

Los beneficios que se obtengan, cedidos graciosamente por el fotógrafo Sr. Padró, con la venta de los ejemplares, ingresarán en la lista de donativos para el Instituto Cajal.

El precio de cada ejemplar es el de 5 pesetas adquiriéndolo en las oficinas de esta Revista, Serrano 58, aumentando 50 céntimos por gastos de envío para provincias.

Las dimensiones del retrato son de 46 de ancho por 65 de alto.

Oposiciones á médicos de Sanidad Militar, 90 plazas; instancias hasta el 26 de Enero; ejercicios 1.º de Febrero. Obra única de contestación al programa, 75 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

Excipiente inerte.—Hay muchas personas que confunden la idea de la trasera con la del pascante; ven marchar el carro de una iniciativa, se cuelgan detrás de él y cuando llega á su destino suponen que le han guiado.

(Ich.)

La riqueza de la vida está en los títulos del mundo, su valor en los del amor.

(Tagore.)

Fragmentos de Farmacología y Terapéutica sobre los específicos Collazo.—Al presente número acompañamos un folleto sobre los específicos Collazo, cuya lectura recomendamos.

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.

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURISIMO

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

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

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