

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director - Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMON SERRET Y COMIN y Excmo. Sr. D. ÁNGEL PULIDO

### REDACTORES:

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

Oleología española.—Archivo e inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.—Orticia, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—Fomento de la enseñanza.—Todos los Hospitales y Asilos serán Oleología de enseñanza.—Edificios decorosos y suficientes.—Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.—Fomento premios y auxilios a los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: Sobre la tabes, por el Dr. Gonzalo R. Lafora.—La lucha contra el cáncer, por el Dr. Goyanes.—Ideas clínicas: Valor real de la electrocardiografía, por el Dr. G. R. Gonzalo.—¿Renacerá la litotricia?, por el Dr. Carrasco.—Psicopatología del Donjuanismo, por Gregorio Marañón.—Bibliografía, por A. Fernández Martín.—Periódicos médicos.

## SOBRE LA TABES

(Estudios acerca de la patogenia, anatomía patológica y clínica)

POR EL

DR. GONZALO R. LAFORA

### NOCIONES BIOLÓGICAS Y ANATOMOPATOLÓGICAS

El problema científico y práctico de la tabes es tan complejo, que necesitaremos varios artículos para exponerlo con todo el detenimiento debido. Primeramente trataremos de los datos que aporta la investigación moderna, y después expondremos en otros trabajos los resultados de estos nuevos conocimientos para el aspecto práctico de la cuestión, es decir, para el diagnóstico prematuro y para el tratamiento de la tabes.

Los estudios anatomopatológicos y patogénicos modernos sobre la tabes han aportado una serie de hechos nuevos que es preciso valorar para saberlos aplicar en nuestros esfuerzos terapéuticos contra esta enfermedad que hasta hace pocos años se consideraba incurable y perjudicada por cualquier tratamiento específico. Podemos decir, como resumen de estos nuevos conocimientos, que hoy hemos llegado a un diagnóstico mucho más prematuro de la tabes que antes y a un tratamiento de mayor eficacia.

Las ideas sobre la patogenia de la enfermedad han variado mucho a medida que iban progresando nuestros conocimientos anatomopatológicos. En un principio se estudiaban sólo las degeneraciones fasciculares con el método de Weigert-Pal para la mielina ó el de Marchi para la degeneración grasienta reciente, consecutiva a la desintegración mielínica, y, como consecuencia de esta visión unilateral é incompleta del problema, se erigió, como única teoría patogénica aceptable, que la enfermedad era puramente sistemática y que el mecanismo de esta lesión sistematizada es la intoxicación luética que ataca selectivamente a los fascículos posteriores medulares, por razones desconocidas que Edinger pretende fijar en su teoría del desgaste y reposición (Ersatzteorie) por la cual resultan selectivamente afectadas las vías sensitivas medulares, por ser las que mayor trabajo ejercen y más se desgastan al estar constantemente transmitiéndose sensaciones externas conscientes ó inconscientes y sensaciones de los órganos internos («propioceptivas» de Sherrington) a los centros sensitivos talámicos y corticales.

Los estudios anatomopatológicos con los métodos celulares y con los métodos de impregnación argéntica demostraron que en la tabes, sobre todo en sus formas incipientes, se observan fenómenos infiltrativos inflamatorios, ya de las meninges espinales ó de las estructuras nerviosas próximas a éstas. Nageotte afirmó que el proceso primario radicaba en las raíces espinales



posteriores, envueltas por las meninges inflamadas por el proceso vascular y meníngeo infiltrativo de naturaleza linfocítica. Afectada la raíz posterior, degeneraba secundariamente su fibra central ascendente en los cordones posteriores, y se producía la degeneración, aparentemente sistemática, de estos cordones. Dicha hipótesis fué modificada por P. Marie, que supuso localizada la lesión inicial en el centro trófico de estas fibras ascendentes, es decir, en la célula sensitiva del ganglio raquídeo; pero esta hipótesis ha sido combatida por la razón de que no se observan degeneraciones en los nervios periféricos, que proceden también del ganglio raquídeo como centro trófico. Por esto, se insiste sobre la localización primitiva radicular del proceso sífilítico, que determina secundariamente lesiones fasciculares en los cordones posteriores medulares y lesiones celulares en los ganglios raquídeos sensitivos.

Frente á la nueva teoría francesa de la lesión primitiva tópica no sistemática y extramedular, surgió de nuevo la concepción de la enfermedad sistemática é intramedular, apoyada por Spielmeyer en su trabajo de 1906 sobre la tripanosomiasis experimental. Observó este investigador que en los perros infectados con tripanosoma Bruce se producía con frecuencia una afección semejante á la tabes y que denominó *tabes tripanosomiasis*, en la que se producían degeneraciones en las raíces posteriores, en el nervio óptico y en la raíz sensitiva del trigémino, los cuales aparecían muchas veces con posterioridad á las degeneraciones sistemáticas de los cordones posteriores de la medula. Por esto, Spielmeyer apoyó de nuevo la teoría tóxica y de predilección sistemática, volviéndola á comparar con las degeneraciones observadas en la medula en otras enfermedades infecciosas y tóxicas, como la difteria, que determinaban también degeneraciones de los cordones posteriores.

Sicard y Cestan que han defendido la teoría inflamatoria radicular han considerado que la razón topográfica de la localización preferente en las raíces lumbares es que en la región lumbosacra los ganglios raquídeos yacen más cerca de los agujeros conjuga los donde están los fondos de saco y vainas piales inflamados primitivamente. Por el contrario, Marie y Guillaín explican la preferencia de la tabes por los cordones posteriores como consecuencia de afectarse principalmente las vías linfáticas del grupo posterior (linfangitis posterior), contrariamente á lo que sucede en otras enfermedades parasitarias ó infecciosas como la poliomielitis que afectan principalmente á los vasos linfáticos del grupo anterior medular (linfangitis anterior).

Las investigaciones recientes de Schaffer y su escuela han arrojado mucha luz para esclarecer este discutido problema. Schaffer diferenció el tipo de infiltración inflamatoria de la tabes negando su naturaleza linfocítica y afirmando que se trataba de una proliferación de las pequeñas células conectivas embrionarias de las raíces posteriores y haciendo notar que en la tabes pura no había infiltración meníngea de

células plasmáticas, sino meramente una hiperplasia de los fibroblastos (1).

Su discípulo Richter ha estudiado en un trabajo reciente la medula de varios casos de tabes seriadamente, llegando á conclusiones aún más precisas respecto del mecanismo genético del proceso patológico de la tabes. Según Richter, que ha podido estudiar á algunos casos de tabes incipiente, *la meningitis no es un proceso necesario en la tabes, sino ocasionalmente concomitante*. Para él hay casos de tabes que transcurren sin proceso meníngeo y lo que caracteriza peculiarmente al proceso anatomopatológico de la tabes es la localización de las lesiones irritativas en las raíces posteriores. Histológicamente representa la tabes un proceso de granulación de las raíces posteriores caracterizado por la proliferación de las células conjuntivas embrionarias. Esta proliferación local en focos de granulación corresponde constantemente con la localización de grupos de espiroquetes en la raíz posterior y parece totalmente independiente del proceso meníngeo, toda vez que se observa á veces sin ir acompañada de este, y en otros casos, en que va acompañada de localizaciones inflamatorias en las meninges, los focos de ésta no coinciden con los de las granulaciones irritativas situadas en las raíces posteriores.

El proceso tabético se desenvuelve, pues, de una manera independiente en las raíces posteriores por la sedimentación de los espiroquetes en las cubiertas de origen aracnoido-dural de estas raíces. De aquí parte el proceso proliferativo conectivo que determina posteriormente la formación de fibroblastos, los cuales para Richter representan el resultado de una proliferación crónica infecciosa del tejido conectivo y que constituye el llamado tejido de granulación.

Junto al proceso tabético se desarrolla á veces de una manera independiente un proceso ya del sistema nervioso ó ya de las meninges, que causa la meningitis, la meningomielitis, las lesiones focales medulares (poliomielitis sífilítica, etc.), que vemos acompañar á veces á la tabes.

*La tabes es, pues, un proceso de granulación conectiva radicular*, mientras que la meningitis es una inflamación infiltrativa hematógena de la piamadre. Ambas corresponden á dos formas de reacción de los tejidos frente á la acción irritativa producida por el asiento en ellas de los espiroquetes y se producen por la entrada de éstos en el espacio subaracnoideo.

*En la taboparálisis es constante la asociación de un proceso de meningitis sífilítica espinal al proceso típico tabético*. La tabes y la parálisis general son procesos de etiología común que sólo varían por la particularidad histológica consecutiva á la distinta localización del espiroquete en ambas.

(1) No debemos olvidar, sin embargo, que la anatomía patológica de la tabes incipiente no está aún agotada, pues los casos de esta naturaleza escapan con frecuencia al clínico, como veremos más adelante, y por tanto, al histopatólogo, y es precisamente en estos periodos iniciales donde es de esperar una infiltración linfocítica y de células plasmáticas de la piamadre, según indican los análisis del líquido cefalorraquídeo en estos periodos iniciales del proceso patológico.



Las investigaciones de Jahnel sobre la distribución de los espiroquetes en la *tabes* le han llevado a aceptar un punto de vista muy semejante al de Richter, pues ha encontrado también los espiroquetes en las granulaciones de las raíces posteriores y en la aracnoides que la envuelve, aunque también son muy frecuentes en la aracnoides que está adherida a la duramadre y que sólo se conserva cuando se estudia la medula sin separarla de esta última.

Del trabajo de Richter resultan, pues, en primer lugar tres conclusiones importantes, a saber: 1.ª, que el proceso talético es desde un principio puramente radicular y no meníngeo; 2.ª, que el proceso meníngeo puede o no acompañar al proceso radicular y cuando lo hace es con localización distinta a la de aquél; y 3.ª, que el proceso radicular es siempre determinado por el asiento y proliferación de los espiroquetes en las cubiertas radiculares donde determinan reaccionalmente el tejido de granulación conectiva.

Ahora bien, ¿qué relación tiene el proceso radicular con el degenerativo de los cordones posteriores? Richter acepta como Schaffer, que la degeneración aparentemente sistemática de los cordones posteriores es secundaria a las lesiones radiculares. Cuando la *tabes* afecta sólo a una o unas pocas raíces, la degeneración fascicular corresponde exactamente a la raíz lesionada (formas *monorradiculares* de la *tabes*). En cambio, en los casos muy avanzados cuando el proceso radicular afecta a casi todas las raíces lumbosacras la lesión fascicular semeja a la de aquellos casos de tumor espinal de la cauda equina que destruyen todas las fibras de las raíces posteriores (Schaffer). La simetría lesional de los cordones posteriores no se observa más que en los casos muy antiguos de *tabes*; en los demás se observa una asimetría mayor o menor correspondiente a la asimetría de la lesión radicular cuando se estudian seriadamente los distintos segmentos medulares.

Schaffer demostró que en las formas *monorradiculares* de la *tabes* la degeneración fascicular puede seguirse en dirección ascendente: primero, en la zona externa del cordón posterior o parte interior del asta posterior; más arriba, en la zona media de forma curva, llamada *bandelette extérieure de Pierret*; y en la parte más alta de la medula, en la zona interna del cordón posterior o fascículo de Goll. A nivel de la *bandelette extérieure de Pierret* es donde según Schaffer se separan las fibras gruesas cortas que van a parar a las células de la columna de Clarke, de donde parten las nuevas vías que pasan al fascículo lateral ascendente del mismo lado y que conducen a los centros superiores las sensaciones de la sensibilidad ósea, muscular y articular, tan importante en la determinación de la *ataxia*.

Por esta razón rechaza Richter totalmente la conclusión de Spielmeyer referente al proceso electivo sistemático de la *tabes* por comparación con la llamada *tabes tripanosomíasis* de los perros, arguyendo que ésta constituye un proceso totalmente distinto al de la *tabes* humana desde el punto de vista histopatológico. Mientras que la *tabes tripanosomíasis* es un proceso

tóxico agudo, desarrollado en unos veinte días y con pocas lesiones radiculares y meníngeas, la *tabes* humana es un proceso lento determinado por las localizaciones del espiroquete en las estructuras nerviosas radiculares y sin un carácter tóxico agudo.

Con respecto a las lesiones de los nervios craneales admite Richter un proceso semejante al de las raíces espinales. En algunos nervios como el trigémino y motor ocular común, la lesión es una granulación idéntica a la de aquéllas, pero en otros como el óptico se observa aún en los casos puros de *tabes* una infiltración inflamatoria de linfocitos y células plasmáticas en las cubiertas piales del nervio (*perineuritis óptica* o *neuritis secundaria*), como ya observó Staargadt en su trabajo sobre esta cuestión. Las lesiones de los nervios craneales en las *tabes* son extracerebrales.

*La tabes no es, pues, una enfermedad sistemática, sino que adquiere esta apariencia cuando está muy avanzada y ha determinado una extensa degeneración de ambos cordones posteriores espinales a consecuencia de haber sido invadidas todas las raíces lumbosacras por el espiroquete de terminante de la radiculitis primitiva.*

Schaffer ha sintetizado este aspecto del problema patológico en un trabajo doctrinal en el que comenta los resultados de su discípulo Richter. En esta concepción de conjunto llega a cuatro conclusiones, a saber: 1.ª, que la raíz de Nageotte es constantemente el punto de asiento primitivo de un proceso proliferativo puro, primero perifascicular y luego endofascicular en el que no hay inflamación, sino proliferación del endotelio de las vías linfáticas y de las células conectivas fijas de la cubierta de duramadre. De esta lesión inicial se deriva la degeneración radicular y ulteriormente la de los cordones posteriores; 2.ª, en los sitios de granulación más marcada se demostró el espiroquete; 3.ª, la taboparálisis muestra en las raíces, además del proceso de granulación, otro de inflamación con linfocitos y células plasmáticas, entremezcladas en el tejido de granulación, y como infiltración de las vainas adventiciales; por el contrario, en la *tabes* pura, nunca se presentan células infiltrativas hematógenas en la raíz, y 4.ª, el proceso de granulación de la raíz es independiente de las alteraciones meníngeas y, por tanto, un proceso autóctono. La meningitis es un fenómeno concomitante frecuente, pero no constante de la *tabes*.

La aparente electividad sobre los cordones posteriores es consecutiva a una enfermedad inelectiva y parcial de las raíces. En el principio de la enfermedad degeneran las fibras posteriores cortas (las de la *bandelette extérieure* que van a la columna de Clarke), pero más tarde se generaliza la degeneración a las fibras largas ascendentes por extenderse a todas las raíces. En cambio, en la taboparálisis degeneran desde un principio las fibras largas de los cordones posteriores.

En los próximos artículos trataremos de las aplicaciones a la clínica de estos conocimientos.



## LA LUCHA CONTRA EL CANCER

DISCURSO LEIDO POR EL PRESIDENTE DEL INSTITUTO DEL  
CÁNCER, DOCTOR GOYANES

Señor, señoras y señores:

Para que España se incorpore al movimiento social y científico que en todo el mundo culto se ha iniciado contra el cáncer, la más terrible de las plagas del cuerpo social, personas relevantes y de buena voluntad, muchas de ellas de alta significación en la sociedad y en la Ciencia, se han congregado aquí para constituir la Liga Española para la lucha contra el cáncer. La presencia de la más eminente representación de España, de S. M. el Rey (de la ilustre persona que representa al Gobierno) da a esta Asamblea constituyente la alta significación que debe tener.

Permitidme que en breves palabras y en lenguaje fácil y accesible a todos los que me escuchan, exponga, en forma de resumen, el estado actual del problema del cáncer, sin la pretensión de referirme a todos los aspectos, tan variados y diversos, que su complejidad abarca.

En España mueren todos los años, según las estadísticas que hemos confeccionado, á consecuencia de las enfermedades cancerosas, 22.000 personas, de todas las edades y condición social. La mortalidad por cáncer es mayor de día en día. Desde el año 1900 hasta la fecha, la mortalidad por cáncer ha pasado de la cifra de 9.000 á la de 22.000. La idea de que en los países templados y tropicales, la mortalidad por cáncer es mucho menor que en los septentrionales y fríos, no es, por desgracia, una realidad para nosotros. La proporción global de la mortalidad en España con relación al número de habitantes, es igual que en Francia, donde mueren unas 40.000 personas anualmente, que en Alemania (cerca de 50.000), que en Inglaterra (45.000), que en los Estados Unidos (más de 100.000). Dentro de poco en los países donde la lucha contra la tuberculosis está muy atendida por las instituciones sanitarias y por la riqueza material y cultural de sus habitantes, la mortalidad por cáncer sobrepasará pronto á la determinada por la llamada peste blanca.

Cada día vemos mayor número de personas atacadas por el mal, y si bien es cierto que la población de España ha aumentado en unos dos y medio millones desde los comienzos de este siglo y que los recursos para diagnosticar el cáncer son cada día más perfectos, el hecho del aumento progresivo del cáncer es innegable y en gran parte independiente del aumento de la población y de los progresos del arte de diagnosticar. Se pierde, pues, una vida de cada 1.000 españoles todos los años á causa del cáncer, ó lo que es lo mismo, de cada millón de habitantes mueren 1.000 al cabo del año. Es por lo tanto mucho más fácil que le toque á uno la triste suerte de ser atacado por esta enfermedad, que verse favorecido por un premio modesto de nuestra Lotería Nacional.

Pero no temáis tampoco al mal en demasía. En primer lugar, el cáncer no es una enfermedad contagiosa; más aún, podemos afirmar que es la menos contagiosa de todas las enfermedades. No hemos visto todavía ningún caso de positivo contagio; aun la intimidad de la vida con enfermos atacados no llega á producirlo, ni mucho menos á ocasionar los estragos de la difusión, como en las enfermedades epidémicas y contagiosas.

Aun admitiendo una predisposición familiar ó hereditaria, que es algo dudosa, el cáncer es al principio una enfermedad local y curable. Descubrirle y desenmascararle es

uno de los más eminentes recursos para curarle. Al principio de su evolución es una lesión casi baladí perfectamente combatible.

¿A qué se debe, pues, el aumento y desarrollo de esta enfermedad? ¿Estará ello relacionado con los progresos de la civilización, como sostenía Hoffmann en el Congreso último de Bruselas?

La degeneración cancerosa es un fenómeno biológico muy extendido. Abraza el reino vegetal y á casi todas las especies zoológicas; con mucha frecuencia observamos el cáncer en los animales. La complejidad estructural de la especie humana hace que ella lo padezca con mayor frecuencia, y lo que es de lamentar, la mujer es atacada en la proporción de un 10 por 100 más que el hombre; y es que los nobles órganos de la reproducción de la especie en la mujer, el útero y los senos se hallan sometidos á un tono funcional más alto y degeneran por esto con más frecuencia.

Toda parte corporal irritada de continuo es propensa al cáncer, ya sea la irritación mecánica, ya sea química, ya sea biológica; allí donde se aplica un estímulo anormal y continuado, allí puede originarse la lesión cancerosa. Así se comprende cómo el alcohol y otros irritantes pueden estimular la degeneración cancerosa, así lo mismo el tabaco y las lesiones persistentes y rebeldes de la avariosis. Cuanto se haga pregonando en la sociedad los buenos hábitos higiénicos redundará benéficamente, rebajando los motivos ocasionales de la génesis del cáncer, forma de profilaxis del mayor interés.

Pero hay cánceres producidos por irritaciones profesionales, como los que padecen los trabajadores de las fábricas de parafina, de anilinas, el cáncer de los deshojadores, de los mineros con bilharzia. Las irritaciones persistentes físicas, como las que producen los mismos rayos X, las quemaduras continuadas pueden igualmente ocasionarlo, y aquí también la profilaxis es de positiva eficacia.

La obra, pues, de la profilaxis anticancerosa es muy sencilla. Suprimanse los irritantes locales que el hombre usa por la satisfacción que produce el estímulo (alcohol, tabaco), suprimanse los irritantes profesionales (substancias químicas, rayos X, parásitos), y bajará considerablemente el número de casos de cáncer. La presión, al parecer inofensiva, de los lentes sobre el caballete de la nariz, es capaz de producir, en algún caso visto por nosotros, la degeneración carcinomatosa de la piel, y así también la irritación persistente de una muela sobre el borde de la lengua.

La predisposición al cáncer aumenta con la edad, y de modo paralelo debe aumentar con la edad el cuidado de separar todo estímulo anormal. Las mismas lesiones banales de la piel, de las mucosas y de los órganos internos, pueden considerarse como lesiones irritativas, prontas á degenerar. Suprimirlas es actuar profilácticamente contra el cáncer.

Es preciso saber también que hoy producimos experimentalmente el cáncer en los animales por medio de irritantes físicos, químicos y biológicos. Basta irritar pacientemente con el coaltar ó brea de hulla, la piel de la oreja de un conejillo ó del dorso de un ratón, para ver formarse una lesión cancerosa. Con ciertos gusanos, que determinan una irritación anormal de los órganos internos viscerales, puede producirse el carcinoma y el sarcoma, y así resulta de los bellos experimentos de Fibiger, de Copenhagen, con un gusano nematodo llamado espiroptera neoplásicum ó gongiro nema neoplásicum, que ocasiona el cáncer del estómago de la rata, como hemos visto en las preparaciones presentadas en el Congreso celebrado este verano en Strasburgo, y de los muy interesantes también de Bulloc y Curtis, en América, infectando á las ratas con huevos de la tenia crassico-



llis, ambas clases ó formas de investigación que estamos realizando en nuestro Instituto.

El cáncer es á modo de un parásito de nuestro propio organismo, que es necesario destruir. Una vez formado, si se abandona á los solos recursos de la reacción natural del organismo, el cáncer acaba con la vida del hombre. La curación espontánea del cáncer es un fenómeno indemostrado. Es preciso combatirlo. ¿Cómo?

Los recursos son numerosos y positivos. Todos nosotros, médicos, tenemos en nuestro balance casos curados de manera positiva y persistente. Cánceres de todos los órganos son con frecuencia curados y muchas vidas arrebatadas al mal. Por centenares se hallan anotados en nuestras estadísticas y hasta se podían presentar, entresacándolos del medio social.

Tres fases presenta el mal en su evolución: en la primera es estrictamente local; en la segunda, regional; en la última se generaliza. En la fase local es curable con seguridad; en la regional la curabilidad es problemática; en la fase de generalización es incurable.

En las dos primeras fases los pacientes deben acudir á las instituciones dedicadas al tratamiento de este mal (Hospitales, Institutos, Sanatorios). En la última fase la actividad del médico se reduce á aliviar y paliar, consolando á los enfermos, y para ellos los Asilos de incurables son el lugar apropiado.

La curación del cáncer, valiéndose de un recurso ó remedio de acción constante, segura y aplicable en todas las fases del mal, sin destruir el órgano afecto, es un ideal quizás algo lejano: acaso surja, pero su descubrimiento parece que no puede ser la obra de un solo hombre, de tal magnitud es el problema. El afortunado que lo lleve á cabo, merecerá, como dijo el rey Eduardo VII de Inglaterra en uno de los Congresos celebrados en Londres, que en todas las ciudades del mundo civilizado se le eleve una estatua, como premio y eterno monumento de la gratitud de la humanidad, consciente de la gran obra realizada.

Pero si es verdad que este remedio no existe, tampoco está el médico desarmado en la lucha contra el cáncer. La cirugía y las radiaciones penetrantes son los recursos de que disponemos de la mayor eficacia. Bien es verdad que la primera es una actuación dolorosa y á veces grave; pero la máxima *remedium anceps mellius quam nullum*, tiene aquí su perfecta aplicación. Las radiaciones de corta longitud de onda es verdad que conservan mejor que la cirugía la integridad de los órganos y de las partes, y así resulta que combinados son, en el estado actual de nuestros conocimientos, insustituibles para el tratamiento del cáncer.

El ideal sería un medicamento que, inyectado fuera del foco lesional, produjese la desaparición de éste. Los modernos y empíricos recursos que en este sentido comienzan á usarse están todavía en ensayo.

El problema del cáncer abarca aspectos muy variados: unos, exclusivamente médicos, como el de la investigación de sus causas y de la aplicación de los agentes terapéuticos; otros, médicosociales, como el de la profilaxis y el de la hospitalización y confinamiento de los enfermos. Son la obra científica y la obra social. El médico no es nada aislado en la sociedad. Atraer á su empresa á las personas de mayor significación, mayor alteza de ideales y más nobleza de corazón, y solidarizarlas con su obra, es uno de los aspectos más interesantes de su actividad.

La obra científica se realiza trabajando en los Institutos, Hospitales y Laboratorios de investigación; pero la fundación de estos Centros corresponde á la sociedad total y al Estado, que es su representación. El Centro más adecuado

es el Instituto, y nosotros lo comprendemos como fundación donde se hallen reunidas la labor de investigar, la experimentación, junta con el tratamiento y cuidado de los enfermos. Reunir, por un lado, la anatomía patológica con la química biológica y la experimentación con el tratamiento de los cancerosos; por otro, en locales bien dispuestos y adecuados á la categoría social de cada uno y á sus recursos económicos (Hospital y Sanatorio á la vez), y aquí aplicar la terapéutica, igual para todos, pues nada demuestra como la enfermedad y la muerte el origen igual humano de todos los nacidos, y el médico, que con la muerte y la enfermedad tiene que luchar á cada momento, ve más que nadie esta primitiva igualdad, acudiendo al duro pero maravilloso recurso del cuchillo, de la cirugía, y al nigromántico de las radiaciones ultrapenetrantes del radium y de los rayos Roentgen, es el ideal de todo Instituto contra el cáncer.

Todas las naciones se han preocupado desde hace algún tiempo ya, de crear centros contra el cáncer; pero la mayor parte de estos centros tienen un carácter particular y limitado, y así son, á pesar de su ablenço científico y méritos eminentes, las fundaciones de Francia, Inglaterra, Alemania, Bélgica y los Estados Unidos de América. Es preciso centralizar todos los aspectos de la lucha contra el cáncer y en este sentido se expresó hace poco tiempo en el Congreso de Bruselas, el ilustre Bergonié, de Burdeos, alabando el Instituto Príncipe de Asturias, como modelo de organización técnica, aunque reducido en su extensión y medios.

Permitidme que os exponga ahora lo que se ha hecho en nuestra país, en relación con la lucha anticancerosa y lo mucho que falta por hacer.

En España tenemos iniciada la labor desde el año 1909 en que se constituyó el Comité Nacional para la lucha contra el cáncer, y gracias al interés perseverante de personalidades médicas de tanto relieve como lo fueron los doctores Cervera, conde de San Diego, Sañudo y Bejarano, y lo son todavía, por fortuna para ellos, Martín Salazar, Pulido, Cortezo y Murillo; tenemos un Instituto dedicado exclusivamente al estudio científico del cáncer y á la acogida y tratamiento de los enfermos cancerosos, el Instituto Príncipe de Asturias, que sostiene el Estado con la ayuda económica de personas altruistas y protectoras, entre ellas, S. M. la Reina Doña María Cristina. Desde aquí hago un llamamiento á las personas de significación social y económica para esta obra nacional, que, para bien de la salud pública, de los pobres enfermos de este terrible mal y para el buen nombre de España, estamos en la obligación de llevar á cabo.

Debo citar en justicia en primer lugar al Dr. Cervera, que creó en el Instituto Rubio, hace ya muchos años, un Laboratorio para la investigación del cáncer. A su muerte legó, por disposición testamentaria, todo el material del laboratorio que había adquirido de sus recursos privados, al Instituto Príncipe de Asturias. La idea de edificar el precioso edificio á él destinado la debemos al Dr. Pulido, el cual gestionó y obtuvo el modestísimo crédito de 25.000 pesetas anuales, que sirvieron para abonar los gastos de edificación. Al Dr. Martín Salazar debemos un intenso entusiasmo por todas las obras sanitarias modernas, que él realmente creó durante su gestión como director de Sanidad. A la iniciativa del Dr. Martín Salazar y á la mía propia se debe el aumento hasta de 100.000 pesetas anuales de la consignación para el Instituto, gracias á la buena disposición de los que fueron ministros de la Gobernación, Sr. Marqués de Alhucemas y el Dr. D. Amalio Gimeno.

El Instituto funciona desde hace año y medio dentro del área limitada de sus medios, pero con todo el entusiasmo de su personal técnico. Pero hace poco todavía hemos tenido



la gran satisfacción de ver agrandarse su área con la cesión del local que hoy ocupamos y en este bello sitio de Madrid, con lo cual esperamos ver organizada una Institución digna de España, que podamos presentar á propios y extraños, sin el sonrojo que á veces nos acometía en las visitas á nuestros seculares hospitales.

A S. M. el Rey debemos en primer lugar la futura grandeza de nuestro Instituto, que por algo lleva el título preclaro que hoy recae en su hijo primogénito, y también á su Gobierno actual, que ha atendido á nuestro requerimiento y solicitudes.

A la historia pasará quizá este importante hecho como pasó la fundación de instituciones tan suntuarias como el Jardín Botánico y el Colegio de San Carlos por el ilustre Rey Carlos III.

La constitución de la Liga nacional española de la lucha contra el cáncer era una obra necesaria. En el Congreso celebrado en Noviembre último en Bruselas adonde acudí como delegado del Gobierno español, tuve el honor de que se me designara miembro representante de España en el Comité que ha de organizar la Liga Internacional contra el cáncer, presidida por el ilustre Bergonié. Cuando á este Comité acuda podré decir con satisfacción: España tiene también una Liga nacional contra el cáncer, patrocinada por las altas personas de SS. MM. los Reyes y tiene su Consejo de Administración y su Comité científico consultor, y en ambos figuran personas eminentes de la Sociedad española y de la Medicina y una Junta de dobles damas.

El emisario de esta buena nueva y la personalidad que nos une á la noble nación francesa, es el entusiasta y filántropo Dr. Bandalin, de Biarritz, aquí presente, portador de los nobles deseos y adhesión de un gran diplomático, el señor conde de la Víaña, representado aquí por la persona de su ilustre hijo.

M. Godard, presidente de la Liga francesa, nos ha estimulado por escrito mensaje, á la fundación de la Liga española, y en este mismo sentido he tenido el honor en Mayo del año pasado, con ocasión de nuestro viaje á París, presididos por el eminente decano Dr. Recasens, de que me hablase el señor ministro de Higiene de Francia, M. Strauss, que ha fundado hace poco los centros de Lucha Anticancerosa en las ciudades universitarias francesas y asignado en el presupuesto la cantidad de 5.000.000 de francos para esta obra.

En Bélgica la Liga Nacional contra el cáncer está patrocinada por SS. MM. los Reyes, y en Inglaterra y Estados Unidos de América y ellas reunidas forman la Liga Franco-Anglo-Americana.

España, que había agotado en pasadas centurias sus energías nacionales en la gran obra de la conquista y colonización de América y constitución de las nacionalidades americanas de habla castellana, puede y debe presentar un magnífico bloque de naciones, cada una con su Liga á la gran obra internacional contra el cáncer.

Y ahora, á trabajar y á aportar elementos para la lucha. Ella exige sacrificios, tiempo y dinero. Los medios económicos que se necesitan para la fundación de institutos y hospitales son muy cuantiosos. La lucha contra el cáncer es cara y aquí nos movemos en esfera modesta, tan modesta que citaré como prueba el hecho de que en nuestro Instituto que está llamado á ser el Centro para el empleo terapéutico del *radium* en todos los enfermos pobres de cáncer, no disponemos más que de 45 miligramos del precioso elemento, gracias á la aportación personal del Dr. García Fernández. En cambio en París poseen, en los distintos centros é institutos oficiales, la enorme cantidad de cinco gramos y todavía les parece insuficiente.

Perdonadme si me extiendo demasiado abusando de vuestra benevolencia; pero es el entusiasmo por la obra lo que me anima. A todas las personas que aquí han acudido y ante todo á S. M. el Rey (representante del Gobierno) doy las más rendidas gracias terminando con la conocida frase española: nobleza obliga.

He dicho.

## IDEAS CLÍNICAS

### VALOR REAL DE LA ELECTROCARDIOGRAFIA

POR EL

DR. G. R. GONZALO

Constituye un hecho ya corriente y sabido en Medicina, mas no por eso menos lamentable, que cuando en cualquiera de sus múltiples ramas especiales surge un nuevo procedimiento exploratorio, pronto éste se impone, y por su mediación se pretende explicar todos ó casi todos los trastornos funcionales, síntomas, lesiones, accidentes y demás signos propios de la viscera enferma que se trata de explorar, á veces prescindiendo de otros procedimientos, que no por ser clásicos, son menos útiles y en ocasiones insustituibles.

Tal ha sucedido en cardiopatología con el nuevo procedimiento exploratorio electrocardiográfico, con el que en ocasiones se pretende explicar y diagnosticar lesiones, como las valvulares y las óricas, de las cuales *ningún signo directo* puede aquél proporcionarnos; pues si en dicha clase de lesiones alguno puede suministrarlos, es tan indirecto, que siempre hace relación á sus consecuencias fatales miocárdicas, pero jamás á la propia lesión orificial ó valvular.

Y se comprende que así sea, pues el hecho anatómopatológico de la estrechez de un orificio ó la insuficiencia de una válvula cardíaca, no creo que *por sí mismos* engendren ondas eléctricas de ninguna especie, puesto que su misión no es contractural, y mal puede registrarlas ningún aparato, por grande que sea su sensibilidad, si aquéllas no se producen.

Lo que aquellas lesiones hacen son hipertrofias compensadoras de miocardio, comunes á todas ellas, y como naturales consecuencias trastornos de ritmo, pero tan varios en forma, caracteres, tiempos y circunstancias, que ninguno de ellos es siempre igual en cada caso y para la misma lesión, y, por tanto, es imposible que puedan ser característicos de una determinada lesión de válvula ú orificio, y aquéllos son precisamente los que el electrocardiógrafo pudiera manifestarnos con relativa precisión.

Los consabidos electrocardiogramas, pues, característicos de la estrechez ó insuficiencia de cada uno de los orificios ó válvulas del corazón, que algunos autores nos ofrecen, carecen en absoluto de todo valor real y positivo en este sentido, pues no traducen sino el trastorno que en la contracción del miocardio hipertrofiado han producido aquellas lesiones, pero no la existencia de las lesiones en sí mismas, y, por tanto, son tan variados, tan distintos en cada caso, aun con



una misma lesión, que es en absoluto imposible presentarles como típicos y especiales de cada una de las lesiones anatómicas orificiales ó valvulares que dieron lugar al trastorno de contracción, conducción ó excitación del miocardio, únicos que puede registrar el electrocardiograma al señalar la corriente eléctrica desarrollada en las contracciones de los diferentes segmentos musculares del miocardio.

Si á esto agregamos la enorme dificultad que existe, aun en los aparatos mejor contruidos, para eliminar *prácticamente* las corrientes eléctricas de origen igualmente muscular, pero derivadas de la contracción de otros músculos que no es el corazón y que constantemente funcionan (diafragma, intercostales, y, en general, todos los músculos de la respiración) y que como se comprende han de influir en el trazado eléctrico total registrado, se adivinará fácilmente que el *valor real de la electrocardiografía* en clínica, queda limitado, por ahora, á su propio y peculiar objeto, *¡que no es pequeño!*, pero no al amplio, total, único, indispensable, absoluto é insustituible que algunos pretenden injustamente asignarle en la exploración cardíaca, quizás con fines determinados, desdeñando otros modestos y de no tanta *teatralidad*, pero tal vez de más importancia clínica en ocasiones que el que nos ocupa.

Si el hilo metálico colocado entre ambas ramas del electroimán no vibra, y, por tanto, no proyecta los movimientos de su sombra sobre la película receptora más que en los momentos del paso de una corriente eléctrica por pequeña que sea, es lógico que su movimiento oscilatorio se producirá cada vez que aquella corriente le atraviese, prodúzcase en músculo cardíaco ó en la serie infinita de fibras musculares que constantemente se están contrayendo en nuestro organismo, independientemente de nuestra voluntad y de las contracciones de nuestro corazón.

Por tanto, su trazado electrocardiográfico será, digámoslo así, una fotografía de las sombras proyectadas por el hilo metálico en sus vibraciones al paso de las múltiples corrientes eléctricas engendradas en puntos distintos del organismo humano, de origen esencialmente contractural, muscular y especialmente cardíaco, que es el músculo más enérgica y rítmicamente contractado en el preciso instante de su obtención.

Y si esto es así, ¿será posible que la estrechez de un orificio ó la insuficiencia de una válvula puedan reflejarse por sí mismas en un electrocardiograma y ser éste, á su vez, característico por sí mismo de cada una de aquellas lesiones anatómicas, como algunos pretenden? El absurdo salta pronto á la vista de manera evidente.

Si el trastorno funcional circulatorio que aquellas lesiones originan es de orden mecanodinámico, los aparatos registradores de esta especial clase de trastornos serán los que mejor reflejen aquellas lesiones, así como los trastornos de ritmo contractural serán registrados con mayor precisión y claridad por los electrocardiogramas, sin que unos y otros sirvan por sí solos para resolver por completo en muchos casos la determinación exacta de la total comprensión del meca-

nismo general circulatorio y sus especiales trastornos.

Cada aparato, cada exploración, desde la simple inspección ocular, hasta los complejos polígrafos y electrocardiogramas, nos proporcionarán un dato, una enseñanza, un síntoma, todos importantes, de idéntico ó semejante valor aisladamente considerados, pero que aunados, valorados y cuidadosamente relacionados unos con otros por el buen clínico, servirán en todos los casos para formar el juicio diagnóstico completo y total á que todo clínico aspira, en el difícil y complejo asunto de los trastornos mecanodinámicos, rítmicos, lesionales, de tensión y mil más de que es susceptible nuestro aparato cardiovascular.

No pretendamos, pues, resolver nuestros complicados y difíciles problemas clínicos, con una única y exclusiva clase de exploración, por aparatosa y teatral que sea; en cada caso concreto exploremos con detención y cuidadosamente al enfermo, inspeccionemos, palpemos, percutamos y auscultemos exquisitamente; tomemos su tensión arterial, hagamos su ortodiografía si ha lugar á ello, obtengamos los distintos trazados cardíacos, arteriales y venosos; examinemos su corazón electrocardiográficamente, si aún aquellos procedimientos exploratorios nos dejan dudas diagnósticas, y los datos todos únicos ó múltiples que cada procedimiento nos proporcione, aunémosles, valorémosles en su justo valor, y del juicio clínico que todos ellos nos proporcionen, no del suministrado por uno solo, es de donde de un modo natural y lógico ha de brotar el diagnóstico más aproximado á la verdad, que es lo que en definitiva nos proponemos en la clínica.

Pretender lo contrario, encomendar á uno solo de los procedimientos de exploración nuestros juicios diagnósticos, quizá al último lanzado á la clínica, y por tanto, aún incompletamente comprobado, tan sólo tal vez por acomodarse al imperativo de la novedad, es como se comprende una ligereza injustificable, impropia de la seriedad de un buen clínico, de la que todos debemos siempre de huir en aras del amor á la verdad, á la ciencia y á la propia conciencia de nuestro honrado y verdadero sacerdocio profesional.

Junio, 1923.

## ¿RENACERÁ LA LITOTRICIA?

POR EL

DR. CARRASCO

En el número de los *Archivos Franco-Americanos*, correspondiente al mes de Septiembre del año anterior, encuentro un artículo del cirujano urólogo, Dr. Chathelin, titulado *La litotricia*, en el cual se lamenta del olvido casi absoluto en que ha caído esta operación, expulsada de la práctica quirúrgica por la talla hipogástrica, como ha expulsado también, digo yo, á la rápida, elegante y sugestiva talla perineal, única practicada cuando yo era estudiante, aun cuando ya entonces algunos cirujanos españoles empezaban á ensayar la litotricia; pero que como exigía una técnica muy diferente á la de la talla perineal, y más difícil de adquirir, no tardaron en abandonarla, dejándosela de buen grado á los cirujanos de la especialidad.



Eran éstos entonces en España muy contados, pues aunque ya corrían en manos de médicos y estudiantes las obras de Thompson y de Guyon, puede decirse que no teníamos aún verdaderos especialistas, es decir, cirujanos dedicados exclusivamente á tratar las enfermedades del aparato urinario. Únicamente, que yo recuerde, teníamos al doctor Suender, el cual fué un enamorado de la litotricia, operación que decían practicaba con rara habilidad, y sobre la cual dió una conferencia, y publicó un folleto, que tengo á la vista, el año 1888.

Pero la operación no cuajó en nuestra patria. Los cirujanos prefirieron seguir haciendo la talla perineal, algunos con tanta destreza, que recuerdo de uno, el infortunado doctor D. Adolfo Moreno Pozo, que la practicó una vez sin más instrumentos que un catéter acanalado y un cortaplumas por bisturí.

Mas dejando estos recuerdos del tiempo viejo, tan gratos al que, como yo, tiene ya un pie en la sepultura, vuelvo al artículo del Dr. Chathelin. Examina este cirujano muy someramente las razones que ha podido haber para que la talla hipogástrica haya triunfado de todos los demás métodos de extracción de cálculos de la vejiga, no obstante tener en su historia el haberla proscrito de la práctica quirúrgica el célebre Ambrosio Pareo, que recomendaba á sus discípulos que no la hiciesen jamás, no obstante haber él salvado al enfermo en quien, obligado por la necesidad, la practicó.

Una de las razones de su triunfo es la de ser más fácil y estar, por consiguiente, al alcance de todos los cirujanos.

Y precisamente esto es lo que me impulsa á escribir estas líneas, porque entiendo yo que la mayor ó menor facilidad en una operación no debe ser el único criterio para practicarla.

La litotricia, para quien sabe hacerla, es tan fácil como la talla, y aquélla tiene sobre ésta la ventaja de no dejar en la pared abdominal un sitio de menor resistencia, por el cual más tarde puede formarse una hernia, y obligar al enfermo á someterse á una nueva operación, ó á llevar toda su vida puesto un aparato, que no siempre se lleva sin molestias.

Tiene además otras ventajas; pero como no es mi propósito en este momento hacer un paralelo entre las dos operaciones, renuncio á enumerarlas. Únicamente quiero insistir sobre lo de la mayor facilidad en su ejecución, porque entiendo que este es un punto de ética profesional. Sí, efectivamente, es más fácil. Pero precisamente en esta mayor facilidad en su ejecución es en lo que yo veo un peligro para los enfermos. Porque á hacer una operación que exige habilidad no se aventura el que no ha adquirido esa habilidad; mientras que no tiene inconveniente en lanzarse á practicarla cuando cree que el hacerla es cosa que está al alcance de cualquiera, con tal que tenga una poca acometividad y no se asuste de la sangre.

Y claro está, quien paga el atrevimiento es el enfermo.

Lejos está de mi ánimo el querer limitar las iniciativas operatorias de ningún médico, y ojalá llegue un día en que todos *sepan* hacer todas las operaciones. Pero sí digo que un médico de conciencia no debe estar dispuesto á hacer, ni querer hacer más operaciones que las verdaderamente de urgencia, aquellas que, de no ser hechas inmediatamente, corre el enfermo peligro de muerte. Las demás deben dejarse á los que más garantías de éxito ofrecen al especialista.

Y precisamente la exigida por los cálculos vesicales pertenece á aquellas que dan tiempo sobrado para que el enfermo se ponga en manos expertas y ejercitadas en la operación que necesita; si es rico, porque puede buscarle donde quiera que esté, y si es pobre, porque en los hospitales encuentra siempre quien sabe hacerlas.

Se me dirá que esos mismos cirujanos de hospital hacen la talla hipogástrica. Cierto. También á ellos les seduce la facilidad. Y precisamente eso es lo que lamenta el Dr. Chathelin. Este urólogo no se ha dejado seducir por la moda y permanece fiel á la litotricia, siempre y cuando en el calculoso y en el cálculo se cumplan ciertas condiciones. Porque eso sí; por la talla hipogástrica pueden ser operados todos los calculosos, mientras que no sucede lo mismo con la litotricia; pero en cambio, el enfermo que puede ser operado por la litotricia cura antes, y no queda expuesto á los peligros inmediatos y lejanos á que, no obstante la facilidad en la ejecución, queda el operado de talla.

Y como no es mi propósito, como ya he dicho, pasar revista á las ventajas é inconvenientes de ambas operaciones, termino aquí estas líneas, lamentando con el Dr. Chathelin el olvido en que yace la litotricia, y creyendo con él que no está muerta y menos enterrada, sino que volverá á ser lo que en manos de Cirial, Guyon, Thompson, Suender y otros cirujanos llegó á ser; una operación sencilla, pero peligrosa, incruenta y, como tal, bella y elegante.

## PSICOPATOLOGIA DEL DONJUANISMO <sup>(1)</sup>

POR

GREGORIO MARANÓN

Con esto se señala otro aspecto fundamental para el estudio de nuestro problema: el de las mujeres de Don Juan. Es evidente que sólo un grupo de mujeres de compleción sexual determinada se dejan arrastrar por el encanto donjuanesco. Mujeres de una anormalidad biológica que puede estudiarse al detalle y que encaja exactamente en el tipo de anormalidad del burlador. Sólo así se explica el fenómeno paradójico de ver á la mujer impulsada hacia un centro de atracción sexual notoriamente débil ó francamente mixtificado, desdeñando, en cambio, los más específicamente viriles.

Nadie puede dudar de este hecho sorprendente. Y á este respecto nos sirve de curiosa experiencia el espectáculo de la ópera. En la ópera cada voz tiene un sentido sexual distinto, representa un matiz diferente en la gama de la sexualidad, como en otro lugar hemos demostrado. Entre las voces masculinas, el bajo corresponde al máximo varón, al hipervarón, pudiéramos decir; el barítono es el hombre de sexualidad equilibrada ó normal; el tenor, el extremo opuesto de la cadena sexual, en sus confines con el sexo femenino. Pues bien: obsérvese que es siempre el tenor el que conmueve el corazón de las mujeres, el que tiene la historia tejida de lances amorosos. El bajo, en cambio, casi nunca tiene nada que contar á este respecto. Y desde luego, cuando se representa alguna versión del Don Juan, es siempre el tenor el que desempeña este papel. Todos nos reiríamos—á tanto llega la fuerza del mito—si viéramos encarnado el intrépido galanteador en un bajo robusto, velludo y de voz profunda.

Omitimos, por no ser propio del lugar, el análisis de algunos detalles anatómicos del varón en su relación con la atracción sexual, como son el cabello rizado, la canicie precoz, la tendencia al estrabismo convergente y el prognatismo de la mandíbula inferior. Digamos tan sólo que este último rasgo, uno de los más típicos del temperamento hipergenital auténtico, falta casi siempre en la fisonomía de los donjuanes. Hace tiempo hicimos notar que el

(1) Véase el número anterior.



caballero Casanova—un Don Juan auténtico y no una «análisis del Don Juan», como sostiene R. Baeza en un interesante trabajo recién publicado en estas páginas—tenía el mentón retraído y una estatura gigantesca, detalles ambos fatales para juzgar de la veracidad íntima de sus lances de amor. No terminaremos sin advertir que este prognatismo mandibular pierde su significado sexual actual cuando se hace carácter hereditario; al cabo de unas cuantas generaciones puede llegar á ser tan sólo un recuerdo del vigor de los antepasados.

Vemos, pues, que el cetro de la masculinidad cae de las manos del gran farsante. Pero ahora se nos presenta una cuestión de extrema delicadeza: la escasa virilidad de Don Juan, ¿es puramente psicológica, ó alcanza también á su actividad sexual primaria? Adelantemos que una mentalidad femenina ó feminoide, y acompañada incluso de una morfología descaradamente equívoca, como acaece en muchos donjuanes, puede coexistir con una aptitud generatriz perfecta. En la patología se estudian—y yo lo he hecho con especial cuidado—numerosos tipos de estas que llamamos «inversiones parciales». Y así vemos hombres integralmente varoniles con un solo rasgo anatómico ó psíquico de feminidad, y mujeres perfectamente femeninas con un estigma aislado de varonía, como, por ejemplo, un bigote copioso. La disociación completa entre la aptitud creadora y todo lo demás, no es tampoco rara, y culmina en casos de mujeres de apariencia y psicología monstruosamente hombrunas y madres, sin embargo, de prole numerosa; y en el grupo paralelo de los hombres completamente afeminados y de pródiga paternidad.

Del mismo modo son posibles los donjuanes que de una parte se ajustan á la psicología y morfología virilmente borrosas y que de otra parte poseen enérgica aptitud generadora, aunque no tanta como ellos dicen. Pero otras veces esa atenuación de los caracteres viriles alcanza á la totalidad de éstos, incluidos los primarios, y el Don Juan, bajo su disfraz fachendoso, arrastra una vida sexual harto precaria. Pérez de Ayala anotaba la observación sospechosa de que la fauna donjuanesca de la literatura, con tanto prodigar su supuesta masculinidad, rara vez dejaba en hijos de carne y hueso huellas tangibles de su poderío. Mis observaciones en los donjuanes de la vida real me han permitido comprobar estos indicios en confesiones sorprendentes de los mismos, á veces corroboradas por las de sus víctimas. No serían los detalles interesantísimos de aquellas observaciones materia pulcra para estas páginas. Y mucho menos la consideración de cómo precisamente uno de los aspectos fundamentales de la aptitud mixtificadora de Don Juan es la ciencia exquisita con que utiliza y aprovecha sus exiguos caudales. Por el momento, juzguemos sólo por los resultados y afirmemos con Grandmontagne que «á Don Juan le debe pocos aumentos la estadística inclusera».

La objeción natural á la tesis de la tendencia inversiva de Don Juan que hemos expuesto es la siguiente: si la varonía de Don Juan es un mito y un mito edificado sobre funciones que suponen la colaboración de multitud de personas—mujeres, generalmente de lengua explícita—, ¿cómo la leyenda ha perdurado tanto tiempo y ha alcanzado extensión tan dilatada? Contestar á esta pregunta supondría desarrollar una serie de problemas de tanto interés como

los referentes al Don Juan mismo, á saber: el estudio de las mujeres de Don Juan y, en general, del ambiente donjuanesco. Este mito, en efecto, como todos los mitos, requiere una atmósfera exterior en que la fábula se forma y alimenta, y prescindir de su consideración sería como estudiar una especie animal sin tener en cuenta las condiciones de su ambiente. Y, justamente, todos los tratadistas del donjuanismo han olvidado ó por lo menos se han referido sólo de pasada á este punto, fundamental para la comprensión del tipo.

La influencia del país—concretamente de España y de Andalucía—, la de la época histórica, la del medio religioso, serán otros tantos capítulos de este estudio. Ahora nos detendremos sólo, y ya muy de prisa, en algunas anotaciones sobre las mujeres de Don Juan.

Escuetamente, he aquí nuestro punto de vista: Don Juan, como todo tipo sexual, tiene su equivalente en el sexo opuesto, y siendo un tipo de masculinismo anormal, su réplica femenina es un tipo de mujer de anormalidad paralela. Es decir, que las mujeres que se enamoran del Tenorio no son unas mujeres cualesquiera, sino que se reclutan en un grupo especial de mujeres de sexualidad equívoca, cuyos caracteres, como más arriba indicábamos, se pueden fijar con bastante precisión. La especificidad vigorosa de la apetencia sexual es mucho menos marcada en el sexo femenino que en el masculino, y entre la mujer-tipo que converge hacia el varón más puro y la francamente homosexual hay muchos grados intermedios que se inclinan de preferencia hacia los tipos sexuales que pudiéramos llamar «límitrofes», entre los que se clasifica Don Juan. Personalmente hemos podido comprobar en muchas de las mujeres donjuanescas esta sintomatología equívoca, que en los últimos tiempos se ha convertido, al menos en lo que hace á los signos exteriores, en una moda extendida y admitida. El auge actual de «la garçon» es paralelo al auge del donjuanismo, que no es su antídoto, como á primera vista parece, sino su mejor aliado.

Otro tipo de mujeres del Tenorio—éstas son sus verdaderas víctimas—no corresponde á los casos de anormalidad sexual antes apuntados, sino á mentalidades preocupadas ó histéricas, de instintos apagados y, por lo tanto, fáciles al engaño. Son, en suma, mujeres del grupo predominante «intelectivo» (no queremos decir «intelectual» para no alarmar á nadie) de la clasificación que hemos expuesto al principio de estas notas. Don Juan utiliza para captarlas un arma de eficacia terrible, que es el escándalo, la publicidad irreverente de sus fechorías, verdaderas ó inventadas. La fama escandalosa que le precede y que él cultiva con esmero hace que las mujeres, innatamente propensas á la seducción del misterio más que al convencimiento analítico, se sientan atraídas de antemano por esta red sutil, que en algunos casos hace ya inútil toda maniobra ulterior. La conquista de Doña Inés, educada en un ambiente de vacío afectivo, es un ejemplo terminante de lo que acabamos de decir; el eco de los pecados donjuanescos que llega hasta el interior del convento, haciendo tapar los oídos á las pobres monjas, ha bastado para rendirla, mucho antes de que el Tenorio se presente en carne y hueso para llevarse sin más esfuerzo que el de alargar la mano el fruto previamente madurado.

Obsérvese que las mujeres de Don Juan pertenecen siempre á uno de los dos grupos expuestos. O son mujeres de sexualidad complicada, «límitrofe», tendiendo muchas veces francamente á superar al sexo contrario y atacándole, por lo tanto, en sus reductos más débiles. O son mujeres de sexualidad dormida y mentalidad curiosa ó franca-



mente histórica; y por ello, en el haber de todo Don Juan figuran siempre varios ejemplares de adolescentes educadas en el aislamiento de un régimen familiar severísimo ó decididamente en ambientes conventuales. En uno y otro caso son enemigos de fácil victoria y testigos nada excepcionales de la energía del burlador.

El hecho es, y me atrevo á afirmarlo sin temor á equivocarme, que ninguna mujer normal, dueña de su cerebro y de su sexo, ha sido jamás seducida por ningún Don Juan. Podrá esta mujer normal amar cuanto quiera, dentro ó fuera de las normas sociales y religiosas y con todas las complicaciones afectivas posibles, pero siempre á hombres que no sean donjuanes. Don Juan, al pasar, les hará volver la cabeza con benévola curiosidad y aun, quizá, sus palabras arrullarán su sensibilidad y sus oídos si por azar resuenan á su lado en el trajín de la vida. Pero todo quedará en curiosidad ó pasajero arrobo. Lo demás lo evitará la voz secreta ó infalible del instinto, que advierte que no late allí, bajo la fachada aparatosa, el genio de la especie. El irresistible imán del Tenorio deja de funcionar frente á la mujer de pasiones normales por violentas que éstas sean; y si, por ventura, nuestro héroe se decide entonces al ataque, sus armas son el soborno á la criada, ya aconsejado por Ovidio y utilizado profusamente por todos los donjuanes, reales ó imaginados; cuando no el robo villano, en la obscuridad, de las caricias destinadas al amante verdadero.

Mas, cosa singular, aun estas mujeres incapaces de alistarse entre las conquistas de Don Juan colaboran peligrosamente con la mujer frágil en el incremento de la leyenda. Es rara la madre, por equilibrada y justa que sea, que no experimente una secreta ó mal disimulada complacencia cuando su hijo comete una fechoría donjuanesca, aunque sea notoriamente una canallada y un pecado. Sus mismas hermanas se enorgullecen del hermano conquistador. Y si Don Juan es casado, hasta la esposa escarnecida siente su humillación templada por un sentimiento inconfesado de vanidad. Doña Inés, intercediendo ante el Dios justiciero y jugando al azar su salvación por lograr la de su propio burlador, es el símbolo de esta incomprensible actitud de complicidad de todo el sexo en la persistencia de un mito que, en definitiva, constituye una de las más irritantes injusticias que como tal sexo tiene que soportar.

Este es el Don Juan, repitámoslo, bajo cuya advocación dan sus primeros pasos—los de la influencia fatal—en la vida del varón los adolescentes de nuestras civilizaciones. Sin embargo, señales inequívocas anuncian que el final de su reinado se acerca. Yo creo firmemente que una de las características de la humanidad futura será una vida sexual simple y clara, libre de mitos de este ó de aquel significado. En esta sociedad habrá todavía hombres de contextura donjuanesca, porque ello depende solamente de los arcanos de la embriología, á los que no llegan las fuerzas humanas. Pero, ya desenmascarados, arrastrarán una vida inofensiva y obscura, y ni siquiera se llamarán Don Juan.

## Bibliografía.

*DIE KRANKHEITEN DES MAGENS UND DES DARMS* (Las enfermedades del estómago y del intestino), por el profesor Knud Faber, de la Universidad de Copenhague. Editorial de Julio Springer, en Berlin.

Este libro, escrito en alemán, forma parte de la serie de manuales que está publicando la editorial aludida, con el título de «Libros especializados para médicos generales».

La idea que ha guiado en la redacción de esta obra es la misma que la de las demás de la serie. Libros concisos—el presente tiene 279 páginas—, en los que se expongan los datos que interesen al médico práctico, pero en los que se razonen también las conclusiones que se saquen y se exponga sucintamente el estado actual de la parte doctrinal de la cuestión. Por lo que se refiere al capítulo de anatomía del estómago, tiene importancia por la atención que se presta al estudio del estómago en la radiografía, que es al fin como lo ha de ver el médico.

Del capítulo de las enfermedades del estómago sólo sacaremos algunos datos. Al tratar de las alteraciones de la secreción no hace mención de los exámenes fraccionados del jugo gástrico ni de las diversas causas que puede tener la hiperclorhidria, ya que en la actualidad no se admite que constituye por sí sola una enfermedad independiente. Tal vez tenga esto su explicación en que, por lo que se deduce de los trabajos de autores extranjeros, no parecen ser estas alteraciones tan frecuentes en los países del Norte de Europa como lo son en los del Sur, y especialmente en España.

En cuanto á los capítulos de úlcera y de cáncer, en el primero se expone con extensión el régimen dietético y el tratamiento medicamentoso, pero no aborda el autor decididamente el problema de la frecuencia de la transformación cancerosa de las úlceras y, por tanto, la conveniencia ó no de la resección por este solo motivo y aun de la intervención precoz. Faber opina que las úlceras yuxtapi-lóricas no requieren la resección por la facilidad con que curan por la gastroenterostomía simple, y en esto no coincide con la opinión más corriente de la actualidad; por esto, y por ser muy interesante el problema de si verdaderamente persiste la utilización del píloro por los alimentos después de la gastroenterostomía, hubiera sido conveniente que dedicara más extensión á este problema y expusiera los resultados de su experiencia personal.

El estudio radiográfico de estos dos capítulos de úlcera y cáncer es bastante completo.

Del capítulo de enfermedades intestinales merecen citarse especialmente las partes dedicadas al estudio del estreñimiento crónico y de los tumores del intestino grueso, así como de la enteritis. Contiene algunas radiografías y varios diseños radiográficos; pero no habla de los resultados que pueda dar el empleo del neumoperitoneo aplicado al estudio de esta clase de afecciones. Otros capítulos, como el de la oclusión intestinal, son muy resumidos, remitiendo en algunos puntos á los libros de cirugía. No obstante su brevedad, los párrafos que tratan del diagnóstico de la oclusión intestinal son bastante claros, sin llegar á dar al que los lee la seguridad del dominio del mismo, que sería tan interesante en detalle de tanta importancia.

El actual procedimiento de calcular el precio de los libros alemanes en dólares, los hace menos accesibles á nosotros; el precio del indicado es de 3,60 \$, lo que equivale á unas 28 pesetas.

A. FERNÁNDEZ MARTÍN



## Periódicos médicos.

### MEDICINA EN LENGUA ESPAÑOLA

#### 1. Quiste hidático de hígado abierto en el esófago. —Los Dres. Biot y Luquero comunican el siguiente caso clínico:

L. Z. ingresa al servicio del Dr. Nolting en Mayo de 1923.

Sus antecedentes hereditarios sin importancia. En los personales, viruela a los doce años. Niega lúes y blenorragia. Buen bebedor y buen comedor de carne, con ciertas irregularidades en su evacuación intestinal.

Desde hace un año nota sobre la región hepática, puntadas, otras veces sensación de peso, sobre todo después de andar en sulky. No le molesta tanto si se faja ó se comprime la región. No tiene coluria ni ictericia. En esa época los facultativos le inculpan sus molestias al exceso de ingestión de carne. Estos trastornos se repiten varias veces en el año.

Del 22 al 24 de Abril de 1923, tiene un poco de tos sin expectoración. El día 24 tiene accesos más fuertes y en uno de ellos nota dolor agudo por debajo del reborde costal izquierdo con nítida sensación de que algo se ha roto, y sin poder especificar mayormente. De inmediato elimina una cantidad de líquido amarillento, de sabor nauseabundo, que calcula cerca de un litro. Después del vómito permanece todo el día en pie.

El día siguiente (25), caminando, en un gran esfuerzo nota sensación de arrancamiento sobre la misma región izquierda y elimina una membrana grande, que vista por los médicos reconocen ser hidatídica.

Después de esta eliminación, nota sensación de vacío sobre la región que lo obliga a comprimirse. Los días siguientes se siente mal, aunque permanece levantado.

El 2 de Mayo aparece ictericia con coluria y con bilis escasa en sus deposiciones. No tiene fiebre, ni dolores, ni vómitos. Se siente deprimido y con disnea.

Ingresa al servicio y el día 14 de Mayo se constata (resumiendo):

Piel: seca, de tinte icterico, muy laxa. Cianosis en los pómulos y orejas.

Pupilas: normales. Reflejos: normales.

Tórax: diámetros normales; disnea objetiva y subjetiva.

Pulmones por detrás.—Lado derecho: sonoridad normal; base poco movable en la décima. Vibraciones existen, normales: en la base, algo disminuidas. Respiración: vesicular; en la base, apenas perceptible. Se auscultan por encima de la base algunos rales subcrepitantes medianos. Lado izquierdo: normal.

Pulmones por delante.—Sonoridad normal. Base derecha, en la sexta costilla. Espacio de Traube mate.

Corazón.—Tonos alejados en todos los focos.

Hígado.—Borde superior: Matitez relativa: quinto espacio intercostal. Matitez absoluta: borde superior de la sexta costilla. Borde inferior: Línea mamilar derecha: tres dedos por debajo del reborde costal. Línea paraesternal derecha: cuatro dedos por debajo del reborde. Línea media: cuatro dedos debajo del apéndice xifoides. Línea paraesternal izquierda: siete dedos debajo del reborde costal. Línea mamilar izquierda: tres traveses debajo del reborde.

Toda esta superficie es sumamente dolorosa, abovedando el hemiabdomen izquierdo, donde no se observa desarrollo venoso.

La palpación es muy difícil, siendo la percusión superficial mate y la profunda submate timpánica.

Se hizo diagnóstico de quiste hidático de hígado abierto en estómago con mal pronóstico.

Después de tres días de empeoramiento paulatino, fallece el enfermo, y en la necropsia hallamos:

Un hígado muy grande, con una cavidad grande en la parte superior, donde estuvo alojado el quiste. Esta cavidad está en comunicación con una perforación del esófago, en la vecindad del cardias. Hay, además, un absceso subfrénico derecho, estando esófago, cavidad quística intrahepática y espacio subfrénico en comunicación y bañados por un líquido purulento que contenía restos de membranas, teñidos con bilis.

Como lesiones complementarias, miocarditis y nefritis agudas. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 1.º de Noviembre de 1923.)

#### 2. Granuloma coccidiodeo.— Los Dres. Prueth y Wayson publican el siguiente caso clínico:

Anamnesis.—J. F. W., varón de cincuenta y seis años, marino mercante, que ingresó en el Hospital Marítimo de San Francisco el 22 de Marzo de 1923, quejándose de hinchazón y dolor en una rodilla, los que le habían durado un mes. El padre murió a la edad de cincuenta y dos años, de tuberculosis pulmonar; y la madre a la edad de cuarenta años, de la misma dolencia. Un hermano vivía y disfrutaba de buena salud. El paciente, a la edad de doce años, había tenido una enfermedad de tres meses, que se diagnosticó como tuberculosis pulmonar. Al parecer, se repuso y continuó bien hasta la edad de veintidós años, cuando contrajo una artritis blenorragica complicada con cistitis, y con la secuela de artralgia, durante el siguiente quinquenio. A la edad de treinta años contrajo tifoidea. A los treinta y ocho años, se manifestaron sudores nocturnos, fiebre y hemoptisis (probablemente hemorragia pulmonar).

Lo trataron en el Hospital Marítimo de los Estados Unidos, en Staten Island, N. Y., por tuberculosis pulmonar, sin encontrar bacilos tuberculosos en el esputo. Lo trasladaron al Hospital Marítimo de San Francisco, en Marzo de 1917, en cuyo lugar se hizo este apunte: «Espujo escaso y mucopurulento; bacilos tuberculosos, más.» Lo trasladaron luego al Hospital Marítimo de Fort Stanton, N. M., y durante su residencia de diez y ocho meses allí, el esputo fué negativo en cuanto al bacilo tuberculoso. Vivió en Taft, Calif., un año, hace doce años. El primer diagnóstico de tuberculosis pulmonar, durante su vida de adulto, lo hicieron a los seis años de residir en Taft, que está situado en el área en la que se ha encontrado antes el granuloma coccidiodeo.

En Noviembre de 1922, el enfermo cayó de rodillas, dando contra la cubierta del buque con suficiente violencia, para producirse una abrasión en la rodilla derecha. En Enero de 1923, comenzó a experimentar dolor en varias articulaciones. No hubo dolor en ninguna articulación, más que algunos días, hasta Febrero de 1923, cuando la rodilla izquierda estaba tan dolorosa y rígida, que el paciente se vió obligado a abandonar el trabajo y colocarse bajo el cuidado del médico.

Exploración.—Cuando ingresó en el Hospital Marítimo de San Francisco, el 22 de Marzo de 1923, se quejaba de dolor é hinchazón de la rodilla izquierda. No había tos ni sudores nocturnos, pero la fiebre variaba de 38 a 38.4 C.

Había hinchazón difusa de los tejidos que rodeaban la rodilla izquierda, pero la piel no estaba ni muy enrojecida ni caliente. En el lado de la rodilla se encontró un área de fluctuación muy sensible a la presión. Con una aguja de aspiración, introducida allí, se extrajo una substancia sanguinolenta, y con una incisión libre se evacuaron 50 c. c. de pus sanguinolento. En dicha ocasión no se exploró la ca-



vidad lateral con el dedo, pero, al parecer, se estableció un drenaje suficiente.

Había estertores húmedos, que persistían después de la tos espiratoria, en ambos vértices pulmonares. La exploración roentgenológica reveló hallazgos típicos de tuberculosis, en todas las proyecciones del pulmón derecho y lóbulo superior del izquierdo y la porción superior del lóbulo inferior del lado izquierdo. Los roentgenogramas de la rodilla revelaron ligera turbidez, pero ninguna lesión típica de tuberculosis en la tibia ó el fémur. La rodilla se hallaba algo «apollada» en la cara posterior y el polo inferior.

Los hallazgos sanguíneos y urinarios fueron los siguientes: Fórmula leucocitaria, 14.350; mononucleares pequeños, 14 por 100; mononucleares grandes, 5 por 100; eosinófilos, 6 por 100; neutrófilos, 75 por 100. La Wassermann sanguínea fué negativa. La orina reveló un débil indicio de albúmina, ningún cilindro, algunos leucocitos y ningún microbio. Los exámenes microscópicos repetidos del escaso esputo no revelaron ni bacilos tuberculosos ni esporos. El esputo, tratado con una poderosa solución alcalina de hipoclorito de sodio é inculado en los animales, produjo tuberculosis generalizada en ellos, pero no granuloma coccidiodeo.

**Evolución.**—Hoy día, varias semanas después del tratamiento quirúrgico, hay poco dolor espontáneo en la rodilla y el desagüe ha disminuido á 5 c. c. diarios. Ha disminuido mucho la hinchazón. La fiebre ha desaparecido gradualmente, aunque todavía revela algún ascenso por las tardes á 37,8 C. Pueden escucharse en ambos vértices pulmonares estertores ocasionales.

**Observaciones de laboratorio.**—El estudio de los frotos del pus de la rodilla, reveló algunos cuerpos esporiformes, de doble contorno, que tomaban una coloración positiva algo dudosa, por el método de Gram. No se encontraron bacilos tuberculosos. Los cultivos en agar practicados del pus, en placas microscópicas, revelaron hifas que proyectaban de los cuerpos esporiformes. Los cultivos practicados en tubos de agar, rindieron una colonia oidiforme á los cuatro días. Las distintas colonias coalescían y tomaban un aspecto semejante á una colonia muy gruesa de bacilos tuberculosos y algo semejantes á las colonias de *Actinomyces*.

El estudio microscópico de esta colonia exhibió micelios septados con clamidosporos. Los pases de este cultivo á agar simple, agar-glucosa y agar-glicerina, y los cultivos inclinados en patata, rindieron una colonia semejante al *Oidiomyces*, con hifas en el medio de cultivo aéreas, pero sin conidias. Muchas de las hifas aéreas estaban apiñadas en la forma característica de los *Basidiomycetes*.

Se inyectó el pus en cobayas machos, por vía subcutánea y por vía intraperitoneal. En el punto de la inyección subcutánea, se presentó un nódulo, que se extirpó á los nueve días de la inyección. Este nódulo era un típico granuloma y contenía varias áreas semejantes á tubérculos, pero en las que había esparcidos cuerpos esporiformes de doble contorno, que se coloreaban mal con la hematoxilina. Entre dichos cuerpos, algunos se dividían en cuerpecillos semejantes, por un proceso de endoesporulación, pero no se observó germación. En este tejido no se encontraron bacilos tuberculosos.

Los cultivos del área que rodeaba el nódulo, desarrollaron colonias semejantes á las obtenidas del pus de la rodilla.

A las tres semanas de la inyección intraperitoneal, el cobaya tratado en esta forma, estaba débil y, al parecer, moribundo. Los testículos estaban hinchados é inflamados

y los ganglios inguinales superficiales, ligeramente infartados. Se mató y exploró el cobaya. La anatomía patológica macroscópica era típica de tuberculosis generalizada del cobaya, mas orquitis purulenta. El peritoneo estaba salpicado de pequeños tubérculos, que invadían las vesículas seminales, el intestino, el riñón, el hígado y el bazo. El epiplón estaba enrollado hasta el estómago y lleno de nódulos. En cada una de las cavidades pleurales había varios centímetros cúbicos de líquido turbio y la pleura visceral estaba llena de numerosos nódulos perlados, de aspecto semejante al que se encuentra en el *perlsucht* del ganado. Los frotos microscópicos del pus procedente de los testículos y vísceras abdominales, contenían muchos cuerpos esporiformes y algunos cocos piógenos, pero no bacilos tuberculosos. Los cultivos de dichos órganos y los del pulmón exhibían colonias oidiformes y colonias de cocos piógenos.

El examen histológico de los tejidos reveló granulomas tuberculiformes que contenían esporos, algunos de los cuales se dividían por endoesporulación, pero no bacilos tuberculosos. El segundo cobaya manifestó una fistulilla en el sitio en donde se extirpó el nódulo, y que duró varias semanas. Al cabo de la tercera semana, también manifestó hinchazón é inflamación de los testículos con flictenas en el escroto. La inflamación desapareció hacia el final de la novena semana, contando desde la fecha de la inyección; luego se mató y exploró al cobaya. Las hallazgos histológicos fueron semejantes á los descritos en el primer cobaya.

#### COMENTARIOS

Se trataba, sin duda alguna, de un caso de granuloma coccidiodeo. Creemos que la lesión inicial probablemente correspondía al aparato respiratorio y que la afección articular probablemente era una infección metastática, procedente del pulmón, más bien que un foco primario. Es probable que el paciente tuviera la enfermedad durante un período de varios años, coincidente con tuberculosis pulmonar. Sin embargo, llamamos la atención sobre el hecho de que, aunque los roentgenogramas indican una extensa infección del pulmón, el esputo fué escaso, y sólo una vez se ha comunicado el hallazgo de bacilos tuberculosos, aunque el paciente estuvo en tres hospitales marítimos, uno de los cuales se dedica al tratamiento de la tuberculosis, y en todos los cuales, con toda probabilidad, se hicieron frecuentes análisis del esputo. La enfermedad se ha encontrado antes asociada con afecciones tuberculosas y puede con facilidad confundirse con la tuberculosis, tanto en el hombre como en los animales de experimentación. —(Edición española de *The Journal A. M. A.*, 1 de Diciembre de 1923.)

#### BIOLOGIA

##### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acerca de algunas reacciones del líquido céfalorraquídeo en la meningitis tuberculosa, por G. P. Porta.**—El autor trata de puntualizar si existe alguna reacción verdaderamente patognomónica de la meningitis tuberculosa, y, al mismo tiempo, que reuniera las condiciones de sencillez de ejecución, sensibilidad y rapidez. A este fin discute el valor de las reacciones de Pandy, Boveri y de Aiello ó del triptofano, ensayadas por Porta en 20 casos de meningitis tuberculosa, en 9 de meningitis cerebroespinal, 10 de tefania, 23 de diversas enfermedades, 5 de bronconeumonía, 5 de nefritis, 8 de raquitismo y 14 de tuberculosis; en todos los casos, además de las reacciones indicadas, investigó la albúmina, la presión, el retículo, y practicó examen citológico y, en algunos, bacteriológico. De sus observaciones de-



duce que la reacción de Pandey demuestra una flogosis meníngea; si es positiva, no autoriza a inclinar el juicio diagnóstico hacia esta ó aquella forma inflamatoria meníngea, puesto que no es patognomónica de ninguna de ellas; solamente si es negativa permite llegar a una conclusión diagnóstica en el sentido de excluir toda forma inflamatoria meníngea. En lo que se refiere particularmente a la meningitis tuberculosa, la reacción de Pandey es siempre positiva en esta afección; si es negativa, autoriza a excluir toda forma de inflamación meníngea, y, por consiguiente, una meningitis tuberculosa; por lo tanto, su valor negativo es mayor que el positivo para la meningitis bacilar. La reacción de Boveri revela un aumento de las sustancias orgánicas contenidas en el líquido céfalorraquídeo, incluso de la albúmina, pero no solamente de la albúmina; es siempre positiva en la meningitis tuberculosa; si es negativa, permite excluir la meningitis bacilar. Por lo tanto, puede decirse de la reacción de Boveri lo mismo que de la de Pandey en cuanto a valor diagnóstico en la meningitis tuberculosa. La reacción de Aiello pone en evidencia los productos de escisión de la compleja molécula albuminoidea (triptofan), y es siempre positiva en la meningitis tuberculosa. Si es negativa, permite excluir esta afección, pero si es positiva y se practica en un líquido céfalorraquídeo límpido (excluidos, por tanto, los líquidos de la meningitis cerebroespinal, siempre turbios y purulentos), permite presumir con gran seguridad una meningitis tuberculosa. Conclusiones: en el estado actual de nuestros conocimientos no se puede hablar de diagnóstico químico de la meningitis tuberculosa; no existe una reacción específica para esta afección; las reacciones de Pandey, Boveri y Aiello negativas la excluyen; la de Aiello positiva, en un líquido transparente da una presunción de gran fuerza para la meningitis bacilar. (*La Pediatría*, 15 de Diciembre de 1923).—E. LUENGO.

## PEDIATRIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. El diagnóstico y el tratamiento de la invaginación intestinal en el niño, por R. Nassart.—El autor insiste sobre la necesidad de un diagnóstico precoz. Ocurre con mucha frecuencia que la invaginación aguda, en el niño de pecho, pasa desapercibida, pero una vez establecido el diagnóstico, contraerá una grave responsabilidad el médico si se deja pasar la hora quirúrgica: toda contemporización solo sirve para complicar el acto operatorio singularmente por tres órdenes de hechos: agravación del estado general, distensión del intestino delgado y acentuamiento de la invaginación.

Hay dos fórmulas afortunadas que conviene grabar en la memoria:

«Un niño de menos de un año que echa sangre por el curso y tiene síntomas de oclusión debe ser laparotomizado inmediatamente» (Broca).

«Signos de oclusión + sangre por el ano = invaginación intestinal» (Ombredanne).

La melena es para el autor el signo capital de la invaginación intestinal del niño de pecho, ya que se trata de un síntoma objetivo que forzosamente tiene que llamar la atención de la nodriza. Casi constantemente, la melena va precedida de síntomas de oclusión.

Aun en ausencia de toda tumoración, la triada melena, dolores y vómitos debe bastar para establecer el diagnóstico de invaginación.

El único tratamiento de la invaginación hállese constituido por la laparotomía rápida y simple, por lo que no de-

berá perderse un tiempo precioso en la administración de lavativas: es preciso intervenir cuando el estado del niño sea todavía bueno. En las veinte primeras horas es cuando la operación reunirá las mayores probabilidades de éxito: pasadas las veinte horas será siempre una intervención grave. Aun cuando la invaginación sea antigua es preciso intentar siempre la desinvaginación, pues por penosa que ella sea, siempre será preferible a todas las resecciones.

En el niño mayorcito la invaginación intestinal es menos frecuente que en el niño de pecho.

La enfermedad reviste, ora una forma aguda, ora una forma crónica, la cual puede simular, unas veces, la apendicitis crónica y, otras, la peritonitis bacilar. Lo que es constante, es la presencia de tumor abdominal.

La palpación abdominal, el tacto rectal, y sobre todo, el examen radioscópico, permiten en todo caso hacer el diagnóstico. (Congrés de Pédiatrie, de Bruselas, 4-7 de Octubre de 1923).—T. R. Y.

## TERAPEUTICA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de la piorrea alveolar por la vacuna polimicrobiana polivalente de Goldenberg, por L. Frizon y de Libonton, director y auxiliar respectivamente, de la Escuela Odontotécnica de París.—Ni los antisépticos (perhidrol, agua oxigenada, permanganato, entre otros), ni los cáusticos (ácido láctico, sulfúrico, crómico, etc.), ni los anti-espiroquéticos (neosalvarsán, sales de bismuto), ni los procedimientos quirúrgicos (gingivectomía, curetaje alveolomaxilar), ni las vacunas que tienden a provocar una inmunidad general, han producido resultados satisfactorios en esta rebelde afección.

El profesor Besredka ha demostrado que para crear la inmunidad local, es preciso buscar siempre el órgano sensible y la puerta de entrada de la enfermedad, por cuyo medio la lucha contra los microorganismos no se hace solamente por los anticuerpos, sino, además, porque se obtiene un cambio muy notable en el estado de los tejidos que les hace capaces de resistir a los microorganismos que les rodean.

El Dr. Goldenberg ha tratado de aplicar estos principios de la inmunidad local al tratamiento de la piorrea alveolar, lo cual no se presentaba como una cosa tan fácil por la imposibilidad de inyectar en la encía grandes cantidades de líquido, además de que era propósito del autor suprimir esas fuertes reacciones locales y generales consecutivas a las inyecciones de grandes masas microbianas.

Por fin, merced a un procedimiento especial que consiste en incorporar los microbios atenuados a un excipiente constituido por microbios disueltos, el Dr. Goldenberg ha conseguido preparar una vacuna, en la que cada gota corresponde a 1 c. c. por lo menos de las otras vacunas, poseyendo, además, ésta, la ventaja de no provocar ninguna reacción desagradable.

La técnica para su empleo difiere también de la de las otras vacunas, consistiendo en deslizar con la jeringa el líquido inmediatamente debajo de la película externa gingival. Para ello basta pincelar la región con tintura de yodo y secar con un chorro de aire, en cuya forma la superficie externa se arruga, siendo entonces fácil introducir la aguja sin penetrar en la profundidad de los tejidos, ya que es indispensable, que la vacuna sea introducida lo más superficialmente posible, pues para obtener una acción eficaz sin reacción, dada la enorme masa de microbios inyectados, es preciso que la absorción se haga muy lentamente.

En la primera sesión se inyectará una sola gota, esperan-



do cuatro días para observar si el enfermo presenta alguna sensibilidad particular. A continuación, se hará una inyección cada dos días, aumentando cada día una gota, sin deber pasar nunca de seis. El tratamiento completo se compone de diez inyecciones: cinco en cantidad progresiva y otras cinco de seis gotas. Simultáneamente con estas inyecciones se instituirá una higiene bucal rigurosa y una terapéutica destinada á combatir la diátesis que se sospeche haya favorecido la evolución de la piorrea.

Los resultados obtenidos por los autores con el empleo de esta stok-vacuna en 62 casos de piorrea alveolar les llevan á sentar las siguientes conclusiones:

a) Desaparición casi siempre total y precoz de la supuración. Es lo corriente que á la quinta inyección no se halle ya rastro de pus.

b) Transformación completa de los tejidos gingivales que pasan por diversos estados de coloración, desde el rojo vinoso al rosa pálido normal; al mismo tiempo las encías recobran una tonicidad y una consistencia firme que las permite resistir un frotamiento enérgico sin dolor y sin hemorragia.

c) La movilidad de los dientes ha desaparecido completamente en algunos casos y en la mayoría de ellos ha disminuido de una manera considerable. Esto trae como consecuencia una mejoría de la función masticatoria que les permite á los enfermos triturar los alimentos con facilidad y sin dolor.

d) Esta mejoría funcional va casi siempre acompañada de un alivio manifiesto del estado general.

Por todas estas razones consideran los autores á la vacuna de Goldenberg como el tratamiento de elección de una enfermedad tan molesta, si bien no se olvidan de advertir que sus enfermos han sido tratados hace algunos meses solamente, y que el factor tiempo es esencial en estas cuestiones. (*Bruxelles Medical*, núm. 8, 27 de Diciembre de 1923.) —T. R. Y.

**2. Sobre el tratamiento del reumatismo poliarticular agudo por las dosis masivas de salicilato de sosa, por el Dr. Danielopolu.**—El autor ha venido empleando este procedimiento, desde 1910, en un considerable número de reumáticos, tanto niños (á partir de los cinco años) como adolescentes y adultos. En cuantos casos ha podido aplicar el método desde los primeros días de la infección, el corazón ha permanecido indemne; á algunos de sus enfermos graves les ha seguido el autor durante más de diez años, desde el punto de vista cardíaco, sin observar en ellos ninguna anormalidad. No puede decir lo mismo de aquellos casos que habían sido tratados por dosis insuficientes de salicilato.

Las reglas principales que el autor fija á modo de conclusiones de su extenso artículo para el tratamiento salicílico, son las siguientes:

a) El salicilato de sosa es la única substancia que debe emplearse en el reumatismo poliarticular agudo, pues toda otra preparación no podrá hacer otra cosa que disminuir la eficacia del tratamiento.

b) Todos los inconvenientes del salicilato se refieren á la producción de un estado de acidosis, que puede ser evitado por la alcalinización masiva del organismo, cosa que se conseguirá asociando al salicilato una dosis doble de bicarbonato de sosa.

c) Las dosis de salicilato que vienen empleándose habitualmente resultan demasiado pequeñas, debiendo administrarse en el adulto hasta 18 gramos por día en las formas medianas, y hasta 25 y aun 30 en las formas intensas. Siendo el reumatismo mucho más grave en el niño, se adminis-

trarán á éste dosis más grandes por kilogramo de peso que al adulto.

d) El sujeto debe absorber el salicilato cada dos horas durante el día, y cada cuatro durante la noche.

e) El tratamiento salicilado debe ser *precoz, progresivo y prolongado*, debiendo servir de datos para la administración del medicamento la fiebre, los fenómenos articulares y las determinaciones cardíacas.

f) El régimen alimenticio se compondrá principalmente de farináceos y dulces (alimentos anticetógenos). Se deberá mantener al enfermo en reposo el mayor tiempo posible, y se cuidará su estado intestinal.

g) Aun cuando el corazón se haya dejado influenciar por el ataque reumático, se continuará el tratamiento en la forma indicada, con lo cual se conseguirá mejorar hasta la lesión cardíaca. El salicilato no se halla contraindicado en los cardíacos crónicos que sufren un ataque de reumatismo, en cuyo caso conviene asociar los cardiotónicos. Para combatir la arritmia heterótropa se pueden ensayar la quinina ó la quinidina. (*La Presse Médicale*, núm. 100, 15 de Diciembre de 1923.) —T. R. Y.

**3. La tintura de yodo á altas dosis en los tuberculosos pulmonares, por el Dr. Henri Bernard.**—El autor dice haber tratado por este procedimiento á más de 200 enfermos tuberculosos á los cuales divide, sin tener en cuenta el estado de sus lesiones, en tres clases:

- a) Los que soportan bien el yodo.
- b) Los que le soportan difícilmente.
- c) Los que no le soportan.

La fórmula que emplea el autor es la siguiente:

Tintura de yodo al 1/10.....	100 gramos.
Glicerina neutra .....	220 —

Los 320 gramos de esta fórmula corresponden exactamente á un volumen de 300 c. c., y cada cucharada de sopa de la misma contiene 5 gramos de tintura de yodo, ó sea 300 gotas, equivalentes á 0,50 gramos de yodo metaloide.

a) A los enfermos de la primera categoría (los que soportan bien el yodo) el autor les administra de su fórmula:

El primer día, una cucharada de sopa; el segundo día, dos; el tercer día, tres, y así sucesivamente hasta cinco, seis ó siete cucharadas de sopa al día.

La víspera por la tarde, se verterá la dosis total del día siguiente, por lo menos en un litro de leche, apenas tibia, pues demasiado caliente se alteraría. Se mezcla bien y se deja en reposo durante toda la noche, en cuyo espacio de tiempo, el yodo libre desaparece completamente y se forma un yoduro orgánico que no tiene las propiedades irritantes del yodo libre. La leche así preparada se beberá durante el día en siete ú ocho veces. Este procedimiento, además de la ventaja de favorecer la formación de la combinación yodo leche, permite fraccionar las dosis y tener al organismo bajo una impregnación constante de yodo; también se facilita así el tratamiento de los enfermos que tienen que permanecer una parte del día fuera de su casa, pues llevando consigo la mixtura pueden beberla en frío sin ningún inconveniente.

b) En los enfermos que soportan mal el yodo la progresión deberá ser más lenta, haciéndose por cucharadas de postre (200 gotas) ó aun de café (100 gotas). La dosis que se puede alcanzar prácticamente es la de 900 á 1.200 gotas que se combinará con litro y medio de leche. Las curas gástricas con bismuto y caolín permiten la tolerancia del yodo en la mayor parte de los casos, pero frecuentemente habrá necesidad de completar la dosis de yodo por inyecciones intravenosas de yodo coloidal.



c) Por último, para los que no soporten el tratamiento ni bien ni mal, se recurrirá á las medicaciones ordinarias (yodo y arsénico coloidal, en lotina, Gabriloritch, neuromotórax artificial, etc.), pero ordinariamente en pura pérdida.

## CONCLUSIONES

1.<sup>a</sup> Es importante tantee la susceptibilidad gástrica de los enfermos antes de recurrir á las altas dosis de yodo aunque en la mayor parte de los casos el tratamiento será bien tolerado.

2.<sup>a</sup> Para obtener un efecto útil se debe alcanzar una dosis de 1,500 gotas por día y aun sobrepasarla sin temor á accidentes. Las erupciones que á veces se manifiestan no son una contraindicación ni un gran inconveniente.

3.<sup>a</sup> En los enfermos que vomitan, el método sigue siendo aplicable, pero conviene entonces observar una progresión más lenta, á costa también de unos resultados menos brillantes.

4.<sup>a</sup> El tratamiento por el yodo á altas dosis da, en la mayoría de los tuberculosos pulmonares, resultados tan excelentes que debería ser sistemáticamente aplicado, no sólo en los enfermos confirmados, sino también (y sobre todo) en los predispuestos, en los cuales los resultados son perfectos.

En opinión del autor, es desde luego el arma más eficaz para emprender la lucha antituberculosa, arma que, huelga decirlo, no debe ser manejada más que por médicos prácticos. (*Journal de Medecine de Bordeaux*, núm. 1, 10 de Enero de 1924.)—T. R. Y.

4. Investigaciones acerca de las propiedades cardiorrenales de un glucósido aislado del bulbo de escila, por Calac.—«La escila ha sido rehabilitada», escribía hace poco Chinisse, Y, en efecto, la introducción en terapéutica bajo el nombre de escilarene, de un glucósido cristalizado extraído del bulbo de escila, marca una fecha transcendental en la utilización médica de este cardiorrenal.

No obstante la fórmula de las famosas píldoras de Lancereaux, y á pesar de su eficacia, la escila estaba descartada de las prescripciones médicas. Dependía esto de la inconstancia y desigualdad de sus efectos y de su toxicidad, debidas á la variabilidad de principios activos y de sustancias irritantes contenidas en el bulbo.

El cuerpo químico recientemente aislado por Stoll y Suter del bulbo de la escila marítima, carece de estos inconvenientes; y, precisando los efectos cardiotónico y diurético de la medicación, ha rehabilitado la escila. «Este principio es, en efecto, un glucósido cristalizado que posee integralmente las propiedades cardiotónicas y diuréticas de la escila, de manera constante é invariable, siendo su toxicidad casi insignificante».

Su estudio fisiológico, realizado por G. Perrin, ha demostrado que tiene en alto grado propiedades cardiotónicas, diuréticas y desintoxicantes. Además, no se acumula, puesto que «un corazón detenido en sístole bajo la influencia del glucósido de la escila recobra su actividad mediante lavados en la solución de Ringer, lo que no ocurre con la digital». El medicamento, pues, no se adhiere á la fibra cardíaca y se elimina fácilmente.

Gracias á estas propiedades, el glucósido de la escila tiene indicaciones especiales, que le hacen ocupar un lugar interesante entre la digital y la teobromina. Es útil:

- 1.<sup>o</sup> En los casos en que la digital no obra ya.
- 2.<sup>o</sup> Durante los intervalos de reposo en el tratamiento por la digital, para sostener la compensación.
- 3.<sup>o</sup> Para los tratamientos cardiotónicos prolongados, que pueden ser todo lo prolongados que se quiera, sin peligro de acumulación.

Dosificación exacta, posología precisa, acción constante, sin efectos perjudiciales sobre el riñón ni sobre el estómago, tales son las ventajas que ofrece.

Sus formas farmacéuticas son:

- 1.<sup>o</sup> Comprimidos, dosificados á medio miligramo de principio activo.
- 2.<sup>o</sup> La solución de 1 por 2.000, la misma dosis por c. c.
- 3.<sup>o</sup> Ampollas inyectables, cada una de las cuales contiene 0,17 de miligramo.

Dosis para cada veinticuatro horas:

De uno á cuatro comprimidos, de una á cuatro tomas de XV gotas cada una, de una á tres ampollas de centímetro cúbico. Las inyecciones son indolentes. (*Le Concours Medical*, 11 de Noviembre de 1923).—PELÁEZ.

5. Efectos terapéuticos de la pilocarpina en las retenciones de orina, por Cain y Oury.—Después de haber disfrutado de una boga exagerada como psialagoga y como sudorífica en ciertas afecciones agudas la pilocarpina había caído en el desuso por parte de los clínicos, habiendo sido precisos los recientes descubrimientos sobre la fisiología patológica del simpático para devolverla la fama que por esta vez parece merecida.

Ya es sabido que la pilocarpina es el antagonista de la atropina, mostrándose aquélla excitante del pneumogástrico é inhibitoria del simpático, sobre cuyos datos está basado precisamente su empleo, como sedante de las crisis de la tabes. Pues bien, tratando los autores á un tabético, es como han descubierto fortuitamente que la pilocarpina es capaz de restablecer la micción espontánea en los casos de retención de origen reflejo.

Esta propiedad de suprimir el espasmo uretral, parece no ejercerse más que en las retenciones ocasionadas por vía refleja por las afecciones del sistema nervioso central ó periférico (tabes, hemiplejia, paraplejia medular, etc.), careciendo en absoluto de eficacia la pilocarpina en las retenciones inflamatorias y mecánicas.

Los autores emplean una solución acuosa de clorhidrato ó de subnitrito de pilocarpina al centésimo, de la que inyectan, por vía subcutánea, 1 c. c. por veinticuatro horas, pudiéndose elevar la dosis hasta uno y medio y aun á dos, en el mismo espacio de tiempo.

Unas veces la micción se restablece bruscamente, y á conducto lleno, ocho á diez minutos después de la inyección, acompañándose de sudación abundante y de sialorrea. Otras veces, la micción reaparece en el mismo plazo, pero lentamente, gota á gota, ó á chorro delgado. Otras veces, por último, la micción no se restablece, sino al cabo de media hora después de la inyección y no va tampoco acompañada de las otras reacciones glandulares.

El mecanismo por el cual la pilocarpina obra sobre el reflejo uretral es todavía desconocido, pero ello no influye en lo más mínimo sobre la eficacia del medicamento. (*La Presse Medicale*, núm. 86, 27 de Octubre de 1923.)—T. R. Y.

6. La insulina puede ser extraída de otros tejidos además del páncreas, por C. H. Best y D. A. Scott.—Parece ser que aplicando los mismos procedimientos, algo modificados, que se han venido empleando para extraer la insulina del páncreas, se han podido preparar extractos activos de la glándula submaxilar, del timo, de la tiroides, del hígado, del bazo y del tejido muscular, capaces también de producir un rebajamiento marcado sobre la tasa del azúcar sanguíneo en conejos normales. Estos extractos, empleados á dosis elevadas, han determinado igualmente las convulsiones típicas que provoca la insulina y que se atenúan con la administración de dextrosa.

La administración de estos extractos de timo, de hígado



y de bazo, á perros diabéticos, ha producido una disminución acentuada del azúcar sanguíneo y del azúcar excretado.

Los autores, en colaboración con Banting, han puesto en evidencia en la sangre de diversos animales una substancia que ellos creen que se trata de la insulina, la cual substancia, según sus experiencias más recientes, es eliminada con las orinas, al menos en ciertas circunstancias.

En todos los tejidos explorados por los autores con este fin, dicen haber comprobado la presencia de insulina. (*The Journal of the American Medical Association*, tomo LXXXI, núm. 4, 1923. *La Presse Medicale*, núm. 98, 8 de Diciembre de 1923).—T. R. Y.

7. **El tratamiento de la gangrena pulmonar por el neosalvarsán, por el Dr. H. K. Winterfeld.**—El tratamiento quirúrgico de la gangrena pulmonar tiene una mortalidad demasiado elevada, por lo que cada vez se tiende con más tesón á encontrar un tratamiento médico eficaz, y este tratamiento médico eficaz es en opinión del autor el neosalvarsán. Esta noción no se ha generalizado, á su juicio, todo lo que merece, y aun las autoridades médicas se muestran escépticas cuando no debían de serlo. En demostración de su tesis cita dos casos de los que resulta evidente la acción favorable del salvarsán. En uno de ellos el enfermo curó rápidamente, á pesar de existir una complicación grave (nefrosis), y en el otro se trataba de una enferma que padeció una gangrena pulmonar á consecuencia de la penetración de un cuerpo extraño en un bronquio y que después de la expulsión de este cuerpo extraño, tardó más de un año en curar (no fué tratada por salvarsán). En cambio, dos años más tarde volvió á padecer gangrena pulmonar y con el tratamiento por el salvarsán se restableció en pocas semanas. En ninguno de estos casos se trataba de enfermos sífilíticos ni la gangrena estaba producida por espiroquetes ni bacilos fusiformes. (*Die Therapie der Gegenwart*, Noviembre de 1923.)

8. **Tratamiento de la anemia perniciosa por las dosis elevadas de arsénico, por el Dr. W. Hirsch.**—Hay mucha división de opiniones acerca del resultado del método propuesto por Neisser para tratar la anemia perniciosa por medio de grandes dosis de As. El autor ha tenido ocasión recientemente de tratar cuatro casos, de los cuales dos obtuvieron una mejoría muy evidente, mientras que otros dos no se modificaron. En los dos casos de efecto favorable, el tratamiento de Neisser que consiste en administrar anhídrido arsenioso en dosis progresivas de 30 á 150 miligramos, para volver á disminuir luego, logró un aumento—enorme en el primer caso—del valor globular y del número de eritrocitos, resultados que se mantienen en la actualidad después de diez y siete meses, por lo menos, con la sola precaución de que los enfermos se sometían de cuando en cuando á una cura arsenical. No se pueden sacar de esta observación conclusiones definitivas, porque es sabido que la anemia perniciosa presenta remisiones espontáneas que simulan una curación, pero, por lo menos, la coincidencia de estas remisiones con la administración de las dosis grandes de As, después de haber fracasado los demás medios de tratamiento y principalmente el carbón animal y la transfusión, justifican el empleo del método en los casos de anemia perniciosa. En uno de los casos se produjo un colapso que el autor atribuye á una intoxicación arsenical, pero tras de un período breve de reposo se reanudó la terapéutica con dosis elevadas sin que el enfermo mostrase intolerancia. (*Die Therapie der Gegenwart*, Noviembre de 1923.)

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Sobre un caso de recidiva de peste, por A. Montefusco.**—Durante mucho tiempo se ha admitido que un ataque de peste confiere la inmunidad definitiva contra la enfermedad. En estos últimos años, sin embargo, merced á investigaciones más cuidadosas y también al conocimiento de las formas ambulatorias que antes pasaban inadvertidas, se han descrito diversos casos de recidiva de peste. El autor publica una observación personal de esta naturaleza: el enfermo murió á consecuencia de la recidiva, que tuvo lugar más de diez meses después del primer ataque. En ambos episodios el diagnóstico clínico fué confirmado por el diagnóstico bacteriológico. (*Rassegna internaz di Clinica e Terapia*, núm. 8, Agosto de 1923.)—E. LUENGO.

## PSIQUIATRIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La psicología de la masticación, por el Dr. Pierre Gagey.**—Ya es sabido que una buena masticación prepara una buena digestión, por lo que los fisiólogos han descrito minuciosamente los diversos mecanismos y detalles de la masticación, pero sin que nadie hasta ahora haya hecho resaltar el interés que presenta este acto preliminar desde el punto de vista psicológico.

Tragar los alimentos con precipitación, sin tomarse tiempo para saborearlos y para triturarlos suficientemente en la boca, indica una flaqueza indudable de la voluntad. Por el contrario, el prestar la debida atención á este acto revela, en cambio, la existencia de disposiciones mentales ajustadas á la normalidad.

Una gran parte de las causas de mala digestión podrían evitarse, según el autor, empleando un medio sumamente sencillo y eficaz que consiste en comer con los labios cerrados, los cuales solamente deberán despegarse cuando el bocado correspondiente, bien masticado, haya desaparecido en el esófago. A veces este procedimiento es difícil ó imposible de seguir por insuficiencia de la respiración nasal, inmovilidad de las narices, articulaciones dentarias defectuosas, cortedad de los labios, hipertiroidismo é impulsividad, por lo que siempre que sea posible, se procurará suprimir las lesiones, corregir los vicios funcionales, efectuar el entrenamiento muscular local ó instituir la opoterapia apropiada. Los individuos que reúnan las condiciones necesarias para llevar á cabo la masticación procurarán habituarse por medio de un verdadero ejercicio á comer con los labios cerrados de forma que no penetre aire durante el acto, para lo cual se hace necesaria la atención y la aplicación al mismo de la voluntad.

El papel del médico consiste en enseñar la manera de proceder y en vigilar por que sus prescripciones sean fielmente ejecutadas.

El ejercicio de la masticación con los labios cerrados constituye uno de los procedimientos más eficaces para la reeducación de la voluntad, y es particularmente recomendable en los neurópatas, arrastrados por su abulia y su apatía á descuidar las reglas más elementales de una buena dirección de sí mismos. (*Communication á la Société de Psychotherapie. Le Courrier Medical*, núm. 1, 6 de Enero de 1924).—T. R. Y.



## SECCION 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.*

**SUMARIO:** Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carrián.—Radiotelegrama médico-quirúrgico del profesor Ocam.—El nuevo Estatuto municipal.—Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Sedisa.—Sección oficial: Gobernación.—Gracia y Justicia.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## Boletín de la semana.

La Liga contra el cáncer. — La nueva ley de Administración local.—Conferencia.

Semana ha sido la anterior, rica en acontecimientos para el público médico. Comenzó por el fausto suceso de la inauguración de la *Liga contra el cáncer*, que se constituyó con aprobación de sus estatutos y bajo la presidencia de S. M. el Rey en el bello *chalet* de Parisiana el día 8, á las once de la mañana.

Como saben nuestros lectores, el local á que hacemos referencia, antes dedicado á espectáculos y regocijos públicos, ha sido concedido como ampliación al inmediato Instituto del Cáncer, que bajo la dirección del Dr. Goyanes y creado por el último director de Sanidad Sr. Martín Salazar, venía funcionando en la Moncloa. La fiesta del día 8 ha sido una demostración de hecho de lo acertado del emplazamiento y un augurio de los resultados que para el alivio del horrible padecimiento á que se destina, podrán obtenerse.

Pocas veces hemos experimentado una sensación de complacencia en una reunión de carácter benéfico-médico como aquel día: el amplio salón, en el que tantas veces han resonado alegres músicas, se han presenciado bulliciosos bailes y han tenido lugar escenas de juegos de azar, revestía aquella mañana un carácter al propio tiempo que severo, alegre y ameno; por sus anchurosos ventanales y por la próxima terraza, se descubría el incomparable panorama de la Moncloa; en apretadas filas de bancos se podía contemplar un público compuesto de los médicos más distinguidos de Madrid, unidos á personalidades aristocráticas, distinguidas damas y elementos sociales de todas clases interesadas en el fin humanitario; en la mesa presidencial el Rey seguía con visible complacencia los incidentes de la lucida aunque breve solemnidad, y á la derecha del jefe del Estado se sentaban el subsecretario del Ministerio de la Gobernación, Sr. Martínez Anido, el representante de la Liga francesa, Dr. Bandalin, el decano de la Facultad de Medicina y el secretario de la Liga, Sr. Aguilar (D. Flores-

tán); á la izquierda del Rey se hallaban el director del Instituto, el Sr. Gimeno, la condesa de Velayos y el presidente de la Academia de Medicina.

Después de la lectura de la Memoria de Secretaría usó de la palabra el Dr. Goyanes, espíritu y alma de la fundación del Instituto, al propio tiempo que director efectivo suyo, y de lo por él dicho, damos extensa cuenta en otro lugar. Tan aplaudido como él fué el Dr. Bandalin en su elocuente y cariñosa comunicación saludando á la ciencia y á la actividad benéfica española, y asimismo merecieron plácemes el decano de Madrid, Sr. Recasens, y la señora condesa de Velayos en el modesto y correcto discurso en el que ofreció la activa colaboración en la buena obra, por parte de las damas españolas. Puso fin al acto, después de la lectura de unas cuartillas, como suyas, inspiradas, elocuentes y correctas del Dr. Gimeno, la declaración por parte de S. M. el Rey de quedar constituida la *Liga de la lucha contra el cáncer*.

El hecho de mayor importancia actual y de más preocupación futura de los registrados en estos últimos días, ha sido el de la aparición en la *Gaceta* del día 9, del estatuto de la Administración local, que según el Decreto de 13 de Septiembre de 1923, tiene, como todos sus congéneres, carácter dispositivo y ejecutivo de Decreto-ley.

La natural extensión del estatuto impide el que se pueda, aparte de otras razones, dar hoy un comentario suficiente relativo al amplio asunto que abarca, ni aun siquiera en su parte más especialmente relativa á lo que atañe el ejercicio, dentro de su esfera de acción, de los organismos y funciones benéfico sanitarios.

Todo ello ha de ser objeto de detenido y especial estudio, que irá llegando á conocimiento de nuestros lectores impregnado en nuestro constante deseo y en nuestra única aspiración de ayudar con nuestra opinión y aun con nuestro consejo á la consecución de un fin patriótico, por el cual venimos constantemente peleando, al propio tiempo que al más particular y con él armónico del bienestar y de la reivindicación de las clases médicas, sobre todo



en sus esferas modestas, ya que no humildes, pues son las más dignas de atención para el público provecho, es decir, de los médicos municipales en su doble concepto de agentes de la beneficencia municipal y de inspectores sanitarios de la misma.

En otro lugar de este número damos la referencia más necesaria y completa de lo que hoy puede documentalmente decirse. Por de pronto, la esperada y laudable reforma es, en su concepto general, digna de aplauso, pues ella representa un paso de enérgica valentía dado en la resolución de un problema que á estadistas y políticos venía preocupando desde hacía algunos lustros; pero aun reconociéndole tal condición plausible, no hemos de negar que la opinión definitiva ha de reservarse al momento en que por las necesarias disposiciones aclaratorias y de adaptación, queden resueltos puntos en los que hoy encontramos tantos atisbos para la adivinación, como datos seguros para la determinación de la conducta.

Esperemos, pues, pero esperemos laborando desde nuestro puesto y con desinterés y elevación de espíritu y con expectación convencida de que nos encontramos más allá de los comienzos de una reforma útil y provechosa.

En una entrevista celebrada por nuestro director con el Sr. Calvo Sotelo, director de Beneficencia y alma y espíritu confeccionador de lo que es el nuevo estatuto y de lo que será el régimen en él fundado, pudo verse la excelente disposición que existe de adaptar á la rigidez de los preceptos automáticos locales, la necesaria elasticidad que por su carácter, por los importantes fines que llenan y por las aspiraciones justas y equitativas se formulan, representan las clases sanitarias municipales.

Invitado por el Ateneo de Beneficencia Municipal y ante poco numeroso auditorio dió el Dr. Cortezo el sábado 8 una conferencia que tuvo por asunto «La Medicina madrileña en el siglo XIX». De ella tendrán conocimiento nuestros lectores por reproducirse en uno de nuestros números inmediatos á petición de muchos de nuestros favorecedores.

DECIO CARLAN

### RADIOTELEGRAMA MÉDICO-QUIRÚRGICO DEL PROFESOR OCRAM

Lector constante de *A B C* (de Madrid), muy asiduo de los artículos de Gómez Carrillo, tan fino *boulevardier*, llega á mí su artículo *Una conferencia del Dr. Faure ó el Ocaso de la Cirugía*. ¡Exuberante fantasía la del *croniqueur*! Ha puesto en labios del cirujano parisiense un fondo antiquirúrgico que éste no tiene en su cerebro.

Por desgracia, las artes científicas llamadas Cirugía, Medicina, Farmacia, Higiene, no pueden desaparecer ninguna de ellas. Tampoco una puede reemplazar á otra en absoluto. Tiene la fatal necesidad de acudir al remedio, curación, alivio, prevención de enfermedades y traumatismos inevitables. Cada palo aguanta su vela.

Fuf, sin alarma ninguna, al Sanatorio de la *rue La Chaise*, antiguo palacio de la Princesa Borghese. No estaba Faure, pero hablé con su ayudante de mayor confianza, testigo de las frases á que alude Gómez Carrillo. Ahora diré mis impresiones acerca de nuestra conversación.

La Operatoria Quirúrgica no desaparecerá jamás, pues no desaparecerán las causas de su empleo. Los demás recursos higiénicos y terapéuticos, nunca abolirán aquella. Al igual de la Forma Poética, que tampoco desaparecerá.

Cualquier conductor de vehículos rompe en la vía pública á un transeunte uno ó más miembros, por lo común los abdominales, ó le produce una lesión craneal con hundimiento de hueso, con esquirlas. ¿Amputación, trepanación?

¿No operar? ¿Tratar con el suero *traumatol Zemog* (Gómez) ó la vacuna *traumatina Ciagar* (García), con el *cranelin Rezpé* (Pérez) ó la *piernina Zelop* (López) ó el *piernol Ocup* (Paco) ó el suero *miriapódico* (diezmilpiés), del *Cientopies* académico español («literatura» y muestras) ó la vacuna *pedestrin* del Dr. Kamelinsky (muestras y «literatura»)? Yo creo que se operará, á despecho de la *Choferina* (suero preventivo de *Chauffeur saigné au blanc*, sangría suelta).

Una bala dentro del vientre, ¿saldrá por sugestión vígil ó hipnótica? Las lesiones que haya producido en órganos intraabdominales ó pelvianos, ¿se curarán con la roentgenterapia ó con la radiumterapia?

¿Trataremos una hernia estrangulada, una estrangulación intestinal, por medio del masaje y la fisioterapia? La cura radical de la hernia, ¿se logrará con algún fármaco que reemplace ventajosamente al bisturí, la tijera y la pinza? ¿Abolida la traqueotomía, en estenosis laríngea?

¿Trataremos las cataratas operatoriamente, ó las trataremos por la *antiniagarina Durand*?

¿Sustituiremos la gastroenterostomía, en la estenosis permanente del píloro, por la psicoterapia?

¡Basta de preguntas á los benévolos lectores!

Que la Operatoria Quirúrgica será reemplazada por medios incruentos que se descubran á montones: tal es la síntesis de la crónica del chispeante *croniqueur boulevardier* Gómez Carrillo.

¡Ojalá! Por el contrario, hoy operan doctores subidos doctoralmente en este trípode: *anestesia* (general, local, raquídea), *hemostasia* (medio ciento de pinzas de forcipresión en cada acto operatorio) y *asepsia* (en el operado, en el operador, en el instrumental y elementos de cura). Yo he presenciado multitud de operaciones (una á tres horas de cloriformización) en las que el *seudocirujano* para nada necesitaba saber cirugía ni anatomía de regiones. ¡Pinzas por docenas!

Además, ¿quién sabe hoy Terapéutica, Farmacología y Arte de recetar? Alguno que otro médico. Los restantes, la inmensa mayoría, formulan específicos nacionales y extranjeros, sueros y vacunas sin garantías serias, inyecciones subcutáneas, intersticiales, intramusculares, intravenosas, etcétera, de productos del mercado.

Para despachar frascos, botes, cajas (*cerrados y precintados*), bastarían los drogueros... Si el farmacéutico no inventa un específico suyo, una especialidad suya, de nada le valen profesionalmente sus múltiples y extensos estudios científicos.

Dispense el agudo y brillante escritor Gómez Carrillo:



no se vislumbra la sustitución de la Cirugía por otros recursos terapéuticos, en globo, en general.

Por el contrario: la Operatoria Quirúrgica avanza invasivamente en el extenso campo de la antigua Medicina Interna. ¿Se puede ser ginecólogo sin ser operador? ¿Se puede ser especialista en enfermedades gastrointestinales sin ser operador?

Hecho triste leí hace poco: médicos que ocultaban tener título académico-profesional... y vivían muy bien como *curanderos*; quien quisiera dejarles sin clientela, no tenía sino dar á conocer que los tales curanderos... eran doctores ó licenciados. ¿No habrá muchos médicos que sean *curanderos con título*? Pues con ellos, tanto monta que sean operadores como que no lo sean. En realidad, sólo son *algebristas* y *dulcamaras*. La Medicina y la Cirugía nada tienen que ver con los tales.

París, 9 de Marzo.

## EL NUEVO ESTATUTO MUNICIPAL

Comprendiendo la impaciencia de nuestros lectores, y especialmente de los médicos titulares, por conocer las disposiciones de la nueva ley Municipal de 8 de Marzo (publicada en la *Gaceta* del día 9) y referentes á los aspectos sanitario y benéfico, daremos idea exacta de ellas, sin entrar á reproducirlas textualmente por ahora, obedeciendo al precepto de abstención que para ello pudiera interpretarse por la Real orden contenida en la *Gaceta* del mismo día.

Tenemos el propósito de hacer una publicación especial, aparte de los comentarios que nuestra lealtad nos sugiera, de los preceptos escuetos de esta superior disposición; pero el plazo que en la Real orden á que hacemos referencia se señala de dos meses, por una parte; por otra, el objeto visiblemente benéfico á que tal disposición se encamina, y por último, nuestro constante deseo de no incurrir en desobediencia, ni aun con todas las elasticidades de la interpretación respecto á los preceptos legales, nos ha hecho reducir la transcripción de lo importante que en el Decreto-ley se contiene, sin omitir nada de lo que puede interesar, pero sin incurrir en la *reproducción textual*, que pudiera parecer alusión al cumplimiento de la Real orden referida.

En cuanto á las aclaraciones y comentarios, ellos habrán de venir sin tardanza, ateniéndonos á nuestra nunca desmentida conducta de colaborar con nuestra honrada advertencia á lo que consideramos inspirado en la buena intención y encaminado al bien público.

La ley publicada anuncia y de ella se infiere que irá seguida de reglamentos amplificadores y aclaratorios, que, desde luego, se comprende que habrán de dilucidar puntos tan esenciales, por una parte, como la supresión, ó modificación al menos, del Real Consejo de Sanidad, y la del carácter oficial de las Juntas de Patronato y de su actuación en los expedientes y provisión de titulares, puntos en que conviene que no existan equívocos dados á dificultades, obstrucciones y rozamientos ulteriores.

Repetimos que es de esperar que todo esto, con otros muchos puntos incidentales, quede claramente consignado, ya que el paso difícil se ha dado en las disposiciones que vendrán á formar el conjunto de la organización administrativa local de nuestro país.

Procedemos, pues, á dar una idea tan sucinta como exacta de lo que á nuestros lectores puede interesarles de un modo más especial é inmediato.

Al hablar de la competencia de los Ayuntamientos señalada, el nuevo decreto, como uno de sus objetos el nombra-

miento, corrección y cese de las autoridades, funcionarios y subalternos de la Administración municipal;

el abastecimiento de aguas y destino de las residuales, lavaderos, abrevaderos, balnearios y servicios análogos;

Alcantarillados, desinfecciones, cementerios, enterramientos, preservación ó extirpación de epidemias ó contagios, limpieza, higiene, desecación de lagunas ó pantanos comprendidos en el término municipal y cualesquiera otros servicios de salubridad é higiene, muy especialmente los de desinfección domiciliaria;

policía de subsistencias, mataderos, alhóndigas, mercados, despachos reguladores, laboratorios y cuantos medios de inspección conduzcan á prevenir y reprimir gubernativamente adulteraciones de substancias alimenticias, infidelidad en pesas ó medidas, y cualesquiera otros fraudes en la expendición ó suministro que no constituyan delito;

Prevención y represión de abusos de la mendicidad y de la vagancia, corrección y protección de menores, huérfanos, desvalidos ó viciados, y Establecimientos de carácter benéfico, como *Hospitales, Asilos, Dispensarios, Clínicas, Casas de Socorro, asistencia domiciliaria y demás análogos*;

### SECCIÓN SEXTA

*De las obras de ensanche, saneamiento y urbanización.*

Son de la exclusiva competencia municipal, y corresponden, por tanto, á los Ayuntamientos proyectar, construir y aprobar los proyectos que tengan por objeto:

1.º Todas las obras de urbanización y saneamiento del suelo y subsuelo de los respectivos términos municipales.

2.º Las de abastecimiento de aguas, alcantarillado y tratamiento de aguas residuales que tengan por objeto dotar de estos servicios á los núcleos de población enclavados en los términos municipales correspondientes, ó mejorar las condiciones de aquellos servicios, aunque las obras para ello precisas se realicen en parte fuera de las citadas zonas de terreno.

Se considerarán incluidas en tales conceptos:

Las obras de apertura, ensanche ó ampliación de parques, plazas y paseos, calles y vías de las capitales, ciudades y núcleos de población en general, así como las necesarias para el establecimiento en ellas de los servicios públicos de agua, gas y electricidad; las de encauzamiento, canalización ó cubrimiento de cursos de agua, durante su recorrido por las poblaciones, y los puentes y pasarelas para atravesarlos; las de pavimentación y construcción de aceras, andenes, paseos, etc., en las vías y plazas; las conducciones, redes, depósitos y en general cuantas obras integren los servicios de abastecimiento de aguas y de recogida, evacuación y depuración de aguas residuales; las comprendidas en los planes de extensión ó ensanche de las ciudades, aunque salgan de los respectivos términos municipales, y de urbanización de las zonas de terreno limitadas por dicho ensanche y los términos municipales; las de construcción de mercados, lavaderos, mataderos, escuelas, edificios de carácter higiénico (baños, duchas, evacuadores, centros de desinfección, etc.) y cuantos respondan á necesidades de higiene pública; las de destrucción de viviendas insalubres, previa aplicación de la expropiación forzosa por insalubridad, en la forma que se establece en la



ley de 10 de Diciembre de 1921, y las de construcción por los Municipios de casas ó barriadas higiénicas, acogíendose á dicha ley ó á las que se dicten en lo sucesivo modificándola ó complementándola; la desecación de lagunas y terrenos pantanosos enclavados en los términos municipales, siempre que no pertenezcan al Estado ó la Provincia.

El régimen de preparación y ejecución de estos proyectos se acomodará á lo dispuesto en las leyes de 10 de Enero de 1879, 26 de Julio de 1892 y 18 de Marzo de 1895, salvo las modificaciones que establece esta ley.

Todos los proyectos á que antes se hace mención, una vez que hayan sido aprobados por el Ayuntamiento pleno, aunque no exista recurso alguno contra ellos, serán sometidos al conocimiento de las Comisiones Sanitarias provinciales, si se trata de Municipios que no sean capitales de provincia ni tengan más de 30.000 almas, y al de la Comisión Sanitaria central si se trata de cualquier otro Municipio. Tanto la Comisión Sanitaria central como las provinciales examinarán los proyectos desde el punto de vista técnico-sanitario, debiendo señalar en ellos las deficiencias que conciernan á este aspecto. Examinado un proyecto, será devuelto á la respectiva Corporación municipal para que subsane los defectos de que adolezca, requisito sin el cual no será ejecutivo el acuerdo.

Si la Comisión Sanitaria central ó provincial demorase la resolución de estos expedientes durante seis meses, contados á partir de la fecha en que tuviesen entrada en el Gobierno civil ó en el Ministerio de la Gobernación, en su caso, se considerará recaído acuerdo definitivo de aprobación, sin perjuicio de los recursos que se promuevan al amparo del artículo anterior.

Serán reorganizadas las Comisiones Sanitarias provinciales y central en la siguiente forma: presidirán las provinciales los gobernadores civiles respectivos y formarán parte de ellas el ingeniero jefe de Obras públicas, el inspector provincial de Sanidad, un representante de los organismos oficiales médico y farmacéutico existentes en la provincia, otro de la Facultad de Medicina, donde la hubiere, un arquitecto provincial y otro municipal y dos ingenieros.

La Comisión Sanitaria central será presidida por el ministro de la Gobernación, formando parte de ella representantes de la Real Academia Nacional de Medicina y de la de Bellas Artes de San Fernando; los directores generales de Administración, de Sanidad, Propiedades é Impuestos y Obras públicas; el de la Escuela Superior de Arquitectura, el subdirector de Industria del Ministerio de Trabajo, y las representaciones técnicas que el Gobierno determine.

Unas y otras Comisiones serán nombradas por el Ministerio de la Gobernación, y se renovarán cada dos años, en la parte de libre designación.

Al hablar después de las obligaciones de los Ayuntamientos preceptuase que:

Los Ayuntamientos de Municipios cuya población no exceda de 15.000 habitantes, estarán obligados á consignar en sus presupuestos, para atenciones de carácter sanitario, *sin contar los sueldos del personal correspondiente*, un 5 por 100, cuando menos, del total de sus ingresos anuales.

Serán obligaciones mínimas de los Ayuntamientos:

El suministro, diligencia y protección de aguas potables, de pureza *bacteriológica* garantizada; la evacuación, en condiciones higiénicas, de las aguas negras y materias residuales; la inspección y mejora higiénica de las viviendas, con prohibición de habitar las insalubres; la policía sanitaria de vías públicas, cuadras, establos, mataderos, mercados, centros de reunión, lavaderos y cementerios; la supresión de

aguas estancadas y charcas y acondicionamiento de estercoleros; la reforma y, en su caso, la clausura de los pozos domésticos ó de uso público que carezcan de condiciones higiénicas; la inspección y examen de alimentos y bebidas, especialmente del pan, carnes y leche; la higiene de las escuelas y reconocimiento periódico de los escolares; la habilitación de uno ó varios locales que sirvan para enfermería de epidemias.

En cada Municipio que no exceda de 15.000 habitantes habrá un inspector municipal de Sanidad, cuando menos. El que desempeñe tal cargo estará obligado

á vigilar el cumplimiento de las obligaciones antedichas; á vacunar indefectiblemente á todos los nacidos en el término, antes de que transcurran los seis meses de su vida; á revacunar anualmente á todos los vecinos que lo necesiten.

Responderán los inspectores municipales, y subsidiariamente los alcaldes, del incumplimiento de estas obligaciones.

La Dirección general de Sanidad facilitará gratuitamente la vacuna á los Ayuntamientos, y los inspectores municipales deberán solicitar anualmente la que necesiten en su Municipio.

Para el cumplimiento de las obligaciones enumeradas en este artículo y en los anteriores, podrá ordenarse ó acordarse por los Municipios interesados la agrupación de aquellos que, siendo limítrofes, careciesen por sí solos de los medios precisos.

Todos los Ayuntamientos tienen obligación de construir cementerios públicos de su propiedad. Deberán emplazarse sobre terrenos permeables al aire y al agua, en lugar contrario á la dirección de los vientos reinantes y opuesto también á la dirección de las corrientes de agua que vayan al poblado. La distancia mínima será de 500 metros para las pequeñas aldeas, un kilómetro para poblados inferiores á 5.000 almas y dos kilómetros para poblaciones mayores. Su capacidad habrá de ser la suficiente para poder utilizarse por lo menos durante veinte años, sin acudir á la remoción de restos cadavéricos.

Siempre que sea posible, tendrán capilla, depósito de cadáveres, sala de autopsias y horno de calcinación para huesos, ropas, etc.

En los Municipios de más de 15.000 almas serán exigibles los servicios sanitarios ya enumerados y además los siguientes:

La desaparición de los pozos negros y su sustitución gradual por sistemas modernos de depuración y eliminación de las excretas; la formación del empadronamiento sanitario de las viviendas bajo la dirección de los inspectores municipales de Sanidad; la organización de los servicios de abastecimientos hídricos para lograr agua en cantidad de 200 litros diarios por persona, y de calidad química y bacteriológica garantizadas.

En los Municipios de más de 30.000 habitantes serán exigibles, además de todos los servicios sanitarios ya enumerados, los siguientes:

Sostenimiento de un Laboratorio municipal, destinado al análisis de alimentos, bebidas, drogas y productos similares y á los trabajos higiénicos que la población requiera; establecimiento de una ó varias estaciones de desinfección de mendigos, emigrantes y transeúntes, y de una ó más casas de baños gratuitas ó económicas para clases pobres.

Los Ayuntamientos de más de 15.000 habitantes, además de la vacuna contra la viruela, deben establecer los servicios de desinfección, locales y equipos precisos para prevenir y tratar las enfermedades transmisibles, especialmen-



te la fiebre tifoidea, tífus exantemático, difteria, *cólera infantil*, tracoma, tuberculosis y afecciones avariósicas.

En los Municipios á que se refiere el párrafo anterior habrá por lo menos tantos inspectores municipales de Sanidad como distritos.

Será obligatorio crear un servicio municipal de profesoras en partos, para la asistencia á familias pobres. Los Municipios de menos de 15.000 habitantes podrán atender esta necesidad por medio de las Agrupaciones forzosas ó Mancomunidades libres, creadas entre ellos.

Asimismo todos los Ayuntamientos deben establecer y sostener servicios de asistencia médico-farmacéutica para familias pobres.

El presupuesto de los Ayuntamientos de Municipios cuya población sea superior á 15.000 habitantes, aunque sin sujeción á límite mínimo, debe contener consignación proporcional y suficiente para las atenciones sanitarias antedichas.

En los Municipios de más de 15.000 almas deberá existir una Casa de Socorro para la asistencia de enfermos agudos y curación de heridos. El número de estos establecimientos aumentará en consideración á la total población de cada Municipio, cuando exceda de aquel límite.

Los presupuestos municipales no podrán tener consignación para socorros domiciliarios. No se admitirán otras partidas de beneficencia municipal que las correspondientes á establecimientos organizados y dirigidos por el mismo Ayuntamiento ó á conciertos entre éste y establecimientos benéficos de otra Corporación.

Los ingenieros, arquitectos, abogados, *médicos, farmacéuticos, veterinarios*, archiveros y demás funcionarios técnicos y titulados del Ayuntamiento ingresarán, en cada caso, según la respectiva Corporación acuerde, por oposición ó por concurso. En los concursos se establecerá escala graduada de méritos, por orden de preferencia.

*Respetando la autonomía local en cuanto al nombramiento y separación de funcionarios municipales, el Gobierno podrá dictar reglamentos de carácter general para impedir que los Ayuntamientos desatiendan sus servicios técnicos ó los encomienden á personal falto de garantía titulada oficial.*

El régimen económico del Ensanche continuará rigiéndose por lo dispuesto en el art. 13 y demás concordantes de la ley de 26 de Julio de 1892.

Los edificios sitos en las zonas de Ensanche que en la fecha de la promulgación de esta ley se hallaren sujetos al recargo extraordinario del 4 por 100, ó exentos del mismo por razón de las prestaciones anteriores de sus propietarios, no podrán ser gravados con las contribuciones especiales que se refieran á obras, instalaciones ó servicios ejecutados por el Ayuntamiento y consistentes en apertura de calles y plazas, ensanche, alineaciones y prolongaciones de las existentes, rectificación de rasantes en cuanto mejoren sensiblemente las condiciones del tráfico, construcción y reparación de alcantarillas, primer establecimiento de aceras y del pavimento, y primer establecimiento de alumbrado público. Esta exención afectará únicamente á las obras que se realicen mientras subsista el recargo del 4 por 100.

A partir de la fecha de la promulgación de esta ley, podrán los Ayuntamientos optar entre la aplicación á las zonas de Ensanche del régimen de contribuciones especiales, establecido en este capítulo, ó la del régimen previsto en la vigente ley de Ensanche.

Para la ejecución de las obras de saneamiento, urbanización y reforma que no se refieran al Ensanche emplearán los Ayuntamientos sus recursos ordinarios ó extraordinarios

en la forma prevista en este decreto, y sin perjuicio de las exenciones fiscales vigentes.

L. R.

## Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

El Dr. Arquellada, alma máter del pasado Congreso de San Sebastián, distinguido médico del Hospital del Niño Jesús y activo presidente de la SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE MADRID, inauguró el sábado, 1.º del corriente, la serie de conferencias organizadas por el Comité ejecutivo de la *Exposición de Sanidad é Higiene*, en el Palacio de Hielo brillantemente instalada, desarrollando el tema «El vestido y el lecho del niño recién nacido».

Comienza su discurso sentando el precedente de que el porvenir de una nación estará siempre en relación con el número de niños en ella nacidos y con el de los procedimientos que en su desarrollo y educación se empleen. Da á conocer, con variadas proyecciones á la vista, las distintas vestiduras desde las épocas más remotas hasta nuestros días adoptadas en Suiza, Luxemburgo, Bocas del Ródano, etcétera, y las en la actualidad utilizadas en España, reseñando minuciosamente las ventajas é inconvenientes que concurren en todas y cada una de ellas.

Establece los principios fundamentales en que una buena é higiénica vestidura debe cimentarse, teniendo siempre presente no exponer á los niños á compresiones molestas ni á dificultades en los movimientos, y favoreciendo la remoción de ropas impregnadas de excreciones con la mayor rapidez y limpieza sin airearlos; é indica al efecto un modelo, que proyecta, para que de él se formen las señoras acabado concepto, y con el cual de hecho quedarían suprimidos á su aceptación todos los inconvenientes citados. Y concluye condenando el vicioso balanceo del lecho de los niños, y revelando en proyección adecuada, entre otros, un modelo de cuna fija, con barandillas movibles y desprovista de adornos y cuanto pueda oponerse á la libre circulación del aire, que por su sencillez y bondad recomienda.

La concurrencia, en gran parte constituida por distinguidas señoras y señoritas, premió la culta é interesante labor de divulgación del Sr. Arquellada con repetidos aplausos y felicitaciones.

..

En el mismo día dejó oír su autorizada voz en el ATENEO MÉDICO MUNICIPAL el Dr. Landete, cuya modestia y labor científica encomió el presidente, Dr. Martín Menéndez, en un breve discurso de presentación.

Empezó el Sr. Landete su discurso haciendo un entusiasta panegrico del Cuerpo Médico Municipal, honra y orgullo de la capital de España, y encareciendo la conveniencia de que se centralicen los servicios de las especialidades para los pobres, porque únicamente así podrán rendir éstas, el personal y el material, el máximum de beneficios que de aquéllas se pueden esperar.

Explana el tema «Patología de urgencia en boca y dientes», haciendo resaltar los peligros que de la falta de higiene de la boca y dientes pueden sobrevenir á la digestión diferentes órganos de ella encargados, facultades intelectuales y hasta en el organismo entero.

Describe el alcance y diversidad de motivos que reclaman la urgencia, y para justificar ésta, habla de las fracturas del paladar y manera de curarlas y alimentar á los que de ella son víctimas; desgarraduras de labios; lesiones de lengua; quemaduras de la boca y su tratamiento; fracturas de los maxilares; hemorragias y su contención, y suturas de



piel, remediadoras y restauradoras de cicatrices desagradables.

Detenidamente se ocupa de la sustitución e implantación de dientes, modalidades que á ella dan lugar y procedimientos seguidos al practicarlas; de los dolores que á dientes y muelas afectan, sus causas y remedios; y pone digno remate á su discurso recomendando con todo interés la esmerada limpieza de la boca por medio de cepillos y dentífricos apropiados y capaces de impedir la formación de la flora microbiana, que no sólo infecta la boca, sino que puede dar lugar á la infección de todo el organismo.

Fué muy aplaudido, así como el Sr. Martín Menéndez que, en nombre del Ateneo Médico Municipal, hizo patente su reconocimiento por el valioso concurso, con su conferencia prestado, á la divulgadora labor del Ateneo, por el señor Landete.

Disertó el jueves 6 en la EXPOSICIÓN DE HIGIENE el Dr. D. Angel Navarro Blasco, acerca de la «Tuberculosis».

Empieza su discurso encareciendo la conveniencia de establecer pronto el diagnóstico precoz de que tanto pueden beneficiarse el enfermo y los que le rodean.

Combatió las preocupaciones y ridiculeces que entre las gentes pasan como moneda corriente respecto al contagio, detallando su verdadero alcance y los distintos medios y vehículos que pueden transmitirla.

Enumeró las distintas causas degenerativas, depauperantes e infectivas y predisponentes que pueden favorecer su desarrollo.

Habló de los medios profilácticos: luz, aire, reposo, alimentación, etc., que bien manejados pueden contribuir á evitar el estallido, y concluyó recomendando el aislamiento en un Sanatorio emplazado en sitio y condiciones adecuadas, y con personal idóneo especializado, unico procedimiento que seguido con perseverancia puede ser de eficacia positiva.

El Sr. Navarro Blasco fué aplaudido.

En el mismo día, ante un público numeroso como distinguido, el reputado pediatra de la Facultad de Medicina de Valladolid, Dr. Nogueras (de quien hizo imparcial y justo panegírico el Dr. Rodríguez Pinilla), desarrolló en la SOCIEDAD DE PEDIATRÍA el tema «Las bronquitis y bronquiectasias en los niños».

Exposición clara, concienzuda y metódico desarrollo, consideraciones de orden clínico general apropiadas, y consecuencias de todo ello magistralmente deducidas, fueron las características de la irreprochable lección, merecedora de mayores ampliaciones, en que el Sr. Nogueras tuvo el acierto de inspirar y desenvolver el tema á su bien cimentada pericia encomendado.

Tras un breve y sentido exordio, en que entre humorístico y carifoso acusó de autoritario y despótico al Sr. Arquellada á cuya voluntad no le había sido posible sustraerse, entra de lleno á ocuparse de «Las bronquitis y bronquiectasias», empezando por definir las y dejar jalonadas las diferencias que á unas y á otras separan y distinguen.

Enumera á continuación la multiplicidad de causas predisponentes, coadyuvantes y ocasionales que á ellas pueden dar lugar, haciendo resaltar como las más frecuentes y principales á la heredoefilia, sarampión, raquitismo, intoxicaciones y diátesis exudativas.

Hace un detenido estudio de la sintomatología de ambas modalidades patológicas, y deja luminosamente delimitadas las diferencias que las separan.

Habla de las distintas formas tubular, saciforme y saculada saciforme lateral que las bronquiectasias adoptan, y de la característica y típica que da á los dedos el aspecto de palillos de tambor, todo lo cual demuestra con proyecciones variadas en cuya confección empleó el lipiodol para detallar y esclarecer el diagnóstico.

Cita entre las complicaciones, como las más frecuentes, á los abscesos, gangrenas y tuberculosis.

Considera á las bronquitis de pronóstico favorable, y reservado á las bronquiectasias.

Manifiesta respecto al tratamiento, que aparte los sífilíticos, cardíacos y nefríticos á quienes se acudiría con las medicaciones oportunas, se debe como norma de conducta general simplificarse todo lo posible haciendo figurar en primer término á la higiene, gimnasia respiratoria, por excepción el yoduro de carpina, algunas veces inyecciones de gomenol y eucaliptus, vacunas, variación de decúbitos en la ectasia, el hiposulfito, etc., y que en las bronquiectasias pueden estar en determinadas circunstancias indicados el pneumotórax y la toracoplastia de que citó un notable caso hace cuatro años á su petición operado por el Sr. Goyanes con el más brillante resultado.

El Dr. Nogueras fué calurosa y efusivamente aplaudido y felicitado por la concurrencia.

El viernes 7 celebró su reglamentaria sesión la SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID bajo la presidencia del Dr. Márquez.

Habló el Sr. Calderón de los efectos obtenidos por el cloro desde 0,14 á 0,21 por 1.000 en los tracomatosis, y ampliando los detalles que en su aplicación tuvo en cuenta en los dos casos en la anterior sesión presentados, y en algunos otros que actualmente tiene en tratamiento; de nuevo se declara ferviente partidario de su uso por creer produce alivios y mejorías acentuadas, con otros medios no tan ostensibles. El Sr. Mansilla reconoce en el innovador intento dos méritos: la prioridad de su empleo y la paciente labor de tanteo que el fijar su dosificación ha exigido. Dice haber empleado el cloro á requerimientos del Sr. Calderón, y que no ha conseguido con él otra cosa que modificar las superposiciones infectivas superficiales, no influyendo poco ni nada sobre el tracoma contra el cual no existe más procedimiento que la operación. El Sr. Marín Amat recuerda su práctica profesional en una región en que abundan extraordinariamente los tracomatosis; y de las experiencias entonces y después recogidas, ha sacado el íntimo convencimiento de que sólo el raspado y las instilaciones de nitrato de plata pueden dar del tracoma buena cuenta, á pesar de haber tratado recientemente á una joven en que con método higiénico y médico ha conseguido librarla de toda molestia. Dice el Sr. Basterra que hace algún tiempo abogó el Dr. Cortezo en la Academia Médico-Quirúrgica en pro de la reivindicación de los hipocloritos; que él por su parte ha utilizado repetidas veces el hipocarel con el que consiguió algunas mejorías, y nunca ocasionó perjuicios; que para aspirar á la curación es condición precisa poner previamente al descubierto los fondos de saco; y que la resolución que en definitiva haya de tener este asunto ha de correr á cargo del laboratorio. Manifiesta el Sr. Márquez que el agua de cloro saturada presta buenos servicios, principalmente en las ulceraciones de la córnea, que emplea el bicloruro de mercurio del 1 por 400 al 1 por 500 en toques en el tracoma, seguidos de instilaciones de atropina de que en estos casos jamás debe prescindirse, con cuyo procedimiento ha obtenido algunas curaciones; y que si bien la operación es un recurso, debe re-



hufrele en lo posible por evitar las retracciones y deformidades subsiguientes. Rectifica el Sr. Calderón llamando la atención hacia el hecho de que el propio enfermo puede sin inconveniente continuar el tratamiento.

El Sr. Mansilla historia el caso de un joven que á consecuencia de un traumatismo le quedó la córnea completamente opaca, ojo voluminoso, ectásico y dolorido, que le hizo sospechar la existencia de un cuerpo extraño. Practicada la enucleación y dado en el ojo un corte anteroposterior, apareció una masa negruzca que daba la impresión de un sarcoma melánico, que no fué comprobado por el Laboratorio que solo acusó en su informe la presencia de un foco hemorrágico. El Sr. Carreras dice que si bien son muy raros los sarcomas antes de los cuarenta años, la sospecha de cuerpo extraño y la operación practicada en su consecuencia le parecen muy oportunas. El Sr. Mansilla rectifica haciendo constar que no son, ni mucho menos, infrecuentes los sarcomas antes de esa edad.

Presenta el Sr. Basterra á la consideración de la Sociedad á un hombre de cuarenta y siete años, jardinero, reumático y con antecedentes de cólicos nefríticos, hace unos quince días atormentado por pinchazos en el ojo afecto en que se aprecian acentuadas vascularizaciones, aumentado el humor acuoso, reacción ciliar, algunos leucocitos, pérdida del ribete pigmentario del iris y un trocito de corteza de árbol cuya puerta de entrada no es posible precisar. Un señor, cuyo nombre no oímos y á quien una columna nos impedía ver, emitió la opinión de que es difícil admitir que un trozo de corteza de árbol pueda llegar hasta el punto en que aparece implantado. El Sr. Márquez reconoce al paciente y emite el parecer de que el cuerpo extraño, más que trozo de corteza de árbol, da la impresión de fragmento de semilla, cuya puerta de entrada debió ser una línea blanca que señala; y que dados los dolores que el paciente aqueja y las complicaciones que pueden sobrevenir procede operarle sin tardanza. Se afirma el Sr. Basterra al rectificar en sus creencias; é invita á todos á presenciar la operación que en la mañana siguiente se propone llevar á cabo.

SEDISAL.

## Sección oficial.

# GOBERNACIÓN

## Dirección General de Sanidad.

### CIRCULAR

A propuesta de la Comisión nombrada por Real orden de 29 de Febrero último para constituir el escalafón del Cuerpo de Médicos habilitados de baños, y con objeto de que la misma cuente con el mayor número de elementos de juicio para poder cumplir su cometido con todo acierto, esta Dirección general ha tenido por conveniente disponer:

1.º Que los expresados médicos, al solicitar su inclusión en el escalafón, acompañen, además de la documentación necesaria que determina dicha Real orden, una declaración expresando que el que la suscribe jura por su palabra de honor haber desempeñado, personalmente, las direcciones, sustituciones y auxiliares por todas las temporadas balnearias y con carácter oficial en los distintos Establecimientos en que han servido, expresándolos á continuación.

2.º Que en el caso improbable de que aparezca alguna relación jurada en falso, quedará automáticamente sujeto el firmante á lo dispuesto en el Real decreto de 4 de Febrero último sobre Tribunales de honor.

3.º Que esta disposición se publique en la *Gaceta de Madrid* y *Boletines Oficiales* de las provincias, remitiendo á esta Dirección un ejemplar de los mismos.

Madrid, 8 de Marzo de 1924.—El director general, *F. Murillo*.—Señor gobernador civil de la provincia de... (*Gaceta* del 10 de Marzo de 1924.)

## GRACIA Y JUSTICIA

### Dirección general de los Registros y del Notariado.

Se halla vacante una plaza de médico propietario del Registro civil del distrito del Sagrario, de Granada, que habrá de proveerse por concurso de antigüedad y consiguiente lugar en el escalafón entre los demás médicos propietarios del Registro civil de dicha capital, con arreglo al núm. 3.º de la Real orden de 27 de Julio de 1917.

Los aspirantes elevarán sus solicitudes al Ministerio de Gracia y Justicia, por conducto de esta Dirección general, dentro del plazo de diez días naturales, á contar desde el siguiente á la publicación de esta convocatoria en la *Gaceta de Madrid*, advirtiéndose á los interesados que, con arreglo á la Real orden de 15 de Febrero de 1918, cada uno puede solicitar no sólo la vacante anunciada, sino las que calen que puedan resultar de la provisión de aquélla y á consecuencia de las otras solicitudes, y, en tal caso, expresarán el orden de preferencia que otorgan á cada una de las que soliciten.

Madrid, 7 de Marzo de 1924.—El jefe superior de los Registros y del Notariado, *S. Carrasco y Sánchez*. (*Gaceta* del 12 de Marzo de 1924.)

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,7; ídem mínima, 701,5; temperatura máxima, 13,9; ídem mínima, 5,0; vientos dominantes, E.

Pocas son las variaciones observadas en el estado de la salud durante la semana última y ellas han tenido un carácter favorable así en la disminución de las complicaciones catarrales de los afectos crónicos, como en las agudas del aparato respiratorio, en los reumatismos y en los estados congestivos de los centros nerviosos.

En los niños siguen observándose casos numerosos de sarampión benigno, algunos de roséola ó alfombrilla y anginas catarrales de poca importancia.

## Crónicas.

**La Casa del Médico.**—Leemos en *Le Journal* del 2 de Marzo: «Ayer ha comenzado en la Facultad de Medicina de París una venta de caridad á beneficio de la Casa del Médico, fundada por el malogrado Dr. François Helme y administrada por Mauricio Cazin. Su misión es la de servir de albergue sasegado á los médicos de edad que se han ocupado más de la Ciencia que de sus intereses.»

Deseamos un buen resultado á esta venta de caridad.

**Un musulmán, miembro de la Academia de Medicina de París.**—El día 4 de Marzo el Dr. Dingizli ha sido elegido académico correspondiente de la de Medicina de París. Nació en Túnez, de una antigua familia tuneciana, y estudió en Montpellier. El Gobierno francés le ha encargado de crear en Marruecos el hospital dispensario de Mekès.

**La venta de substancias tóxicas.**—Se nos llamará pesados, insistentes, tenaces; pero preferimos cansar con nuestras protestas á permanecer mudos ante el aumento en el



número de abusos que con la venta ilegal de sustancias tóxicas se viene cometiendo en Barcelona y Madrid principalmente.

En esta corte se ha descubierto en estos días uno de esos *productivos negocios* siendo detenidos un mancebo de farmacia y una individuo que le proporcionaba las drogas.

Pero esto no es nada al lado de lo que ocurre en Barcelona en donde con motivo de las últimas detenciones, según nota de la Jefatura de Policía, se ha incautado ésta por valor de 6.000 duros en cocaína, morfina y otros tóxicos.

Por la Prensa diaria conocen nuestros lectores la trama complicada de esta explotación, la complicidad de dos carabineros á quienes se ocuparon 14 kilos de morfina y cocaína, etc., etc.

La policía, debemos declararlo, está realizando importantes servicios, pero ni ella ni las autoridades deben cejar en la represión de un delito que tantos males sociales acarrea.

**Colegio de Huérfanos.**— Los últimos donativos recibidos en esta administración han sido hechos por D. José Burriera y Plá, 25 pesetas; D. Alfredo Lapuente, 25 pesetas; D. Teodoro Rojo Yagüe, 20 pesetas y 30 de *Geografía Médica* de Hauser; 30 por igual concepto de D. José González Segovia; D. Laureano Alonso González, 10 pesetas; D. Rafael Lorente, por *Memorandum Terapéutico*, 5 pesetas; alcalde de Puebla de Valverde, 25 pesetas.

**Exposición de Higiene.**—El día 29 con asistencia del director general de Sanidad Dr. Murillo, el alcalde de Madrid Sr. Alcácer, de los Sres. Valdivia y Semprum, de Sanidad Militar, y de otras autoridades y personalidades, tuvo lugar en el Palacio de Hielo el acto inaugural de la Exposición de Higiene.

El día 1.º y coincidiendo con la Exposición dieron comienzo las conferencias científicas del Congreso de Hidrología Médica.

**Conferencia en el Colegio de Farmacéuticos.**— El día 8 pronunció una notable conferencia en el Colegio de Farmacéuticos el Dr. Mouriz, sobre el tema «Preparación y valoración de sueros medicinales»

**La higiene del subsuelo de Madrid.**—En la última reunión celebrada en el 26 de Febrero por la Sociedad Española de Higiene el Sr. Jalvo leyó las siguientes conclusiones:

Primera. Suspensión en lo sucesivo de las acometidas visitables, sustituyéndolas por tuberías cerradas, que se probarán llenándolas de agua y no tolerando pérdida alguna por filtraciones.

Segunda. Supresión de los sifones llamados de galápago, injertando las tuberías de bajada en la acometida, de modo hermético.

El extremo superior de estas bajadas estará abierto.

Tercera. Cada acometida tendrá, dentro de la propiedad particular, un depósito capaz de contener el residuo líquido de veinticuatro horas.

Estos depósitos estarán provistos de un aparato de descarga automática.

Cuarta. Colocación en el interior de las actuales alcantarillas de tuberías cerradas de hierro fundido, acometidas á las casas por una pieza de registro.

La tubería irá enterrada para que el suelo resulte plano y con altura suficiente para andar sin agacharse.

Quinta. Darán principio las obras por la colocación de las tuberías más pequeñas para ir injertando hasta los grandes colectores.

Sexta. El desagüe de estos colectores se hará á tres alturas distintas para ampliar la zona regable, instalando el último al nivel del río con un mecanismo apropiado para la recogida de objetos pesados.

Séptima. Las dos tuberías de riego serán también cerradas é impermeables, con llaves de descarga en cada predio á regar.

Octava. Como resumen de cuanto hemos expuesto, consignaremos: El sistema que proponemos debe ser absolutamente hermético, de tal modo que el agua sucia que sale de la vivienda permanezca totalmente aislada del exterior hasta su salida por la llave de descarga á la tierra que debe fertilizar.

**Disposiciones sobre personal sanitario.**—Por Reales decretos de 25 de Febrero se dispone el pase á la reserva

del jefe del Cuerpo y Servicios sanitarios del Departamento de Cádiz é inspector de Sanidad de la Armada, D. Tomás Quirarte y Rugama, y que cubra este vacante D. Adolfo Núñez Suárez, inspector de Sanidad, jefe del Centro de Estadísticas de la Armada, cesando en este cargo.

Por Real orden de la misma fecha se declara amortizada una plaza de médico de segunda clase del Cuerpo de Prisiones, vacante por excedencia de D. José Martínez Salinas.

En este Cuerpo, de acuerdo con el art. 66 del Real decreto de 5 de Mayo de 1913, y por Real orden de 8 de los corrientes se jubila á los Sres. D. Enrique Rodríguez Leonardo, D. Mariano Ponz Zamora, D. Ricardo Vilallonga Velasco, D. Dorotheo Alcubilla y de León y D. Victoriano Nieto Fernández, médicos, respectivamente, de las Prisiones provinciales de Lugo, Huesca, Tarragona, Toledo y Avila.

**Necrología.**—A la edad de setenta y seis años ha fallecido en su pueblo natal, Castrodeza (Valladolid), el doctor D. Tomás Gallego y Gallego, suscriptor de EL SIGLO desde hace más de cincuenta años.

Sus dotes personales y científicas le atraieron muchas amistades.

Reciba su familia el testimonio de nuestro más sincero pésame.

**Distinción merecida.**—El profesor clínico de la Facultad de Medicina y médico de número de la Beneficencia municipal de Madrid, D. Julio Picatoste, ha sido objeto de una merecida recompensa por su labor como médico y como profesor: S. M. el Rey se ha servido honrarle con la cruz de Alfonso XII.

Nuestra enhorabuena.

El lector debe leer el índice que corresponde á la serie 2.ª de PASAJOS DE UN SOLITARIO que aparece en la página XXXV de anuncios.

**Excipiente inerte.**—El *realista primario* usa del ataque brusco para llegar á sus fines. El *realista superior* llega á ellos por medios variados y apropiados á las circunstancias y á la naturaleza de los objetivos. El *realista primario* obra por menosprecio é ignorancia de la humanidad; y el *realista superior*, conscientemente, pero tampoco por estima.

(Ed. Crouzel.)

Pensó Adán que Eva sería  
De su soledad consuelo;  
No vió el triste, que perdía  
La hermosa paz que tenía,  
Una costilla y el Cielo.

(Ich.)

**El Problema del Cáncer.**—Acompañamos un prospecto y tarjeta de la Editorial Cervantes, de Barcelona, en el que se detallan precios de algunos libros y un resumen del de más actualidad, El Problema del Cáncer.

## PAPELES YHOMAR

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

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caquexias, 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