

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA 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 | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

J. BLANC Y FORTACÍN Del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.	M. MARÍN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.	J. y S. RATERA De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	L. MARCO CORERA Prof. honoris causa del Inst. Rubio.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
J. CODINA CASTELLVÍ Académico. Médico de los Hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Incubadora y Colegio de la Paz.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto de Alfonso XIII.	T. HERNÁNDEZ Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	F. HUERTAS Del Hospital General. Académico de la Real de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	C. JUARROS Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminalístico.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	J. M. DE VILLAVEDE Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.
A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.		R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
F. LÓPEZ PRIETO Ex-Médico Titular.			

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES
Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Tratamiento del acné vulgar por la electrólisis y la roentgenterapia, por B. Navarro Cánovas. — Ideas clínicas: Naturaleza de las arritmias, por el Dr. G. R. Gonzalo. — Desprendimiento de la retina, de origen miópico, curado con el tratamiento, por el Dr. Manuel Marín Amat. — Política sanitaria, por José Francos Rodríguez. — Sociedad Oftalmológica de Madrid. — Conferencias de electrocardiografía, por el Dr. Durán Arrom. — Bibliografía. — Periódicos médicos.

Tratamiento del acné vulgar por la electrólisis y la roentgenterapia

POR

B. NAVARRO CÁNOVAS

Radiólogo del Hospital de la Princesa; académico C. de la Real Academia Nacional de Medicina.

Una dermatosis que cae dentro completamente de las indicaciones de la electrorroentgenterapia es el acné vulgar. Afección molesta, física y moralmente, porque la supuración de los focos glandulares se acompaña de molestias que, si no son muy considerables, lo son asaz duraderas por brotes repetidos en el transcurso de meses y años, y, además, altera la estética del sujeto enfermo si radica, como ocurre casi siempre, en la cara, lo cual es motivo de natural preocupación en el hombre y gran mortificación moral en la mujer, cuya vida social se le dificulta y, a veces, se le imposibilita.

Es sabido que el acné vulgar está constituido por la retención del unto sebáceo en las glándulas del bulbo pilífero, y que a dicha secreción se le incorporan gérmenes vulgares, que son los responsables de la inflamación y supuración de aquéllas. La afección, que se localiza casi siempre en la cara y algunas veces en

la parte alta de la espalda, tiene carácter permanente y sufre exacerbaciones en forma de brotes, cada más ó menos tiempo, por causas desconocidas, y muchas veces bajo la influencia de alteraciones digestivas ó de cierta clase de alimentos. Cuando los puntos de acné supuran, dejan como huella pequeñas cicatrices, que a la larga alteran el aspecto normal de la piel y su estética.

En estos casos de supuración de las glándulas sebáceas llena una indicación precisa la electrólisis. Concentrada la corriente galvánica en un punto tan limitado como lo es la punta de una aguja fina clavada en el centro del punto supurado, a una profundidad de tres milímetros, provoca una zona de congestión alrededor de la aguja de un centímetro de extensión, en forma circular, y un efecto cauterizante sobre la glándula, y, por tanto, esterilizante de los gérmenes que forman parte de la secreción purulenta. Mientras pasa la corriente eléctrica, el enfermo siente un ligero hormigueo en el punto electrolizado, que no llega a ser gran molestia, al mismo tiempo que en forma de gusano sale el producto blanquecino de la secreción glandular. La intensidad de la corriente no debe pasar de dos miliamperios, y el tiempo de duración de dos minutos. Esta operación puede repetirse varias veces en una sesión; pero no conviene sobre puntos próximos del acné, para evitar que las pequeñas zonas congesti-

vas establezcan continuidad entre sí, sino sobre los que se hallen á cierta distancia. Al día siguiente de la operación obsérvese un punto negro sobre la pequeña herida punzante causada por la aguja, resultado de la mortificación electrolítica del tejido; el foco purulento ha terminado con la operación, pues no vuelve á retoñar, toda vez que la inflamación desaparece definitivamente, signo probable ó seguro de haber logrado la esterilización del pequeño foco purulento. Claro está que con lo expuesto hasta ahora no tenemos garantías para que nuevas glándulas vuelvan á infectarse con la formación subsiguiente de otros focos purulentos mientras existan glándulas donde otros gérmenes de la misma clase se acantonen. Para prevenir esto último procede la destrucción de las referidas glándulas, su atrofia total ó, al menos, parcial, haciéndolas incapaces para la vida de los microorganismos vulgares que provocan el acné. El medio eficaz, seguro y, que yo sepa, único de lograrlo, es la radioterapia.

Con relación á los efectos biológicos de las radiaciones Roentgen, hay que tener presente que el resultado terapéutico de las mismas no depende solamente de la cantidad que de ellas administremos, sino también y muy especialmente del grado de radiosensibilidad de los tejidos á tratar. A este respecto ocurre, según nuestras observaciones, que el sistema glandular sebáceo es muy radiosensible; á tal extremo, que calculamos el doble de su sensibilidad á los rayos que la del sistema del bulbo piloso. Es decir, que con la mitad de dosis de radiaciones Roentgen necesarias para obtener la depilación definitiva en la cara, se logra la atrofia de las glándulas sebáceas y con ello la curación definitiva del acné. Pero al mismo tiempo que se obtiene este resultado, obsérvese que las cicatrices consecutivas á los repetidos brotes de glándulas supuradas desaparecen, adquiriendo la piel de la región irradiada un aspecto cada vez más liso y suave, restableciéndose el color normal del semblante.

La acción resolutive de los rayos X sobre pequeños focos inflamatorios de la piel, como la atrofiante sobre pequeñas neoformaciones del mismo órgano, cual los papilomas, excrecencias córneas, verrugas, etc., es un hecho de observación frecuente por parte de los radiólogos con motivo de aplicaciones roentgenerápicas en afecciones de otra índole, como tumores, eczemas, pruritos, etc. Y en nuestra larga experiencia pudimos observar desde hace años la desaparición de puntos de acné en sujetos sometidos al tratamiento radioterápico por otras afecciones.

Como afección superficial que es, requiere el empleo de los rayos blandos ligeramente filtrados, procurando acercarse á la dosis piel sin rebasarla. Pero como esta región de la cara, singularmente cuando padece de acné, suele estar más ó menos congestionada, lo cual implica una exaltación de la radiosensibilidad cutánea, conviene comenzar con prudencia al aplicar la primera dosis, quedándose más bien un poco por debajo de la dosis cutánea.

Según el resultado observado en esta primera dosis, una vez transcurridos de quince á veinte días, se repetirá la segunda, aumentándola ó disminuyéndola hasta llegar al margen mismo de la dosis piel. En la mayoría de los casos bastan dos ó tres dosis para obtener la curación. Si las lesiones acnéicas están muy pronunciadas, podrá haber necesidad de continuar el tratamiento mayor número de veces. Téngase presente que las modificaciones favorables que los rayos X imprimen en esta clase de lesiones, sobre todo en las cicatriciales, se desenvuelven una vez terminado el tratamiento, en el transcurso de mucho tiempo, de varios meses.

Entre los varios enfermos de acné que llevamos tratados citaré uno de reciente fecha. Se trata de una joven de veinte años de edad, que hace siete padece de acné vulgar. Con extraordinaria frecuencia sufría brotes de pústulas en la parte alta de la espalda, y sobre todo en toda la cara, acompañados de gran enrojecimiento del semblante y molestias por inflamación de algunas pústulas que alcanzaban al tamaño de un guisante. En el transcurso de estos siete años de enfermedad ha recibido todos los tratamientos imaginables en la importante capital de provincia donde habita, así como los prescritos por notables dermatólogos de Madrid, París, Berlín y Viena, sin resultado positivo ninguno.

A fin de Agosto del corriente año en que reconocí á esta señorita, ostentaba muy enrojecido su semblante, con cicatrices vestigios de los puntos supurados y cicatrizados del acné y numerosos nodulitos del tamaño desde un grano de mijo al de un guisante. Los más abultados eran dolorosos á la presión. No se veía zona alguna de la cara, desde el cuero cabelludo hasta el mentón y desde un pabellón á otro de la oreja, que no estuviese ocupada por nódulos y cicatrices, algunos de éstos en supuración. También existían numerosos y menudos puntos acnéicos en la parte alta de la espalda hasta la línea media horizontal interescapular, pero ninguno en supuración.

Comencé por electrolizar los puntos supurados y los que amenazaban supuración, en varios días, y seguidamente las aplicaciones de radioterapia, simultaneando después ambos métodos. Como cada diez á quince días se le presentaba un brote agudo de acné, á los pocos de comenzado el tratamiento fui testigo de uno, que después no ha vuelto á repetirse. El tratamiento comenzó á fin de Agosto y terminó el 20 de Octubre. En total, le practiqué 14 sesiones de electrolisis, y le apliqué tres unidades piel por zona, siendo seis el número de éstas, correspondientes á la frente, los dos carrillos, la boca y dos de la espalda.

Madrid, Enero de 1924.

IDEAS CLÍNICAS

NATURALEZA DE LAS ARRITMIAS

POR EL

DR. G. R. GONZALO

Si la simple lectura de los trazados esfigmo y electrocardiográficos nos enseña pronto y bien la clase especial de una arritmia cardíaca y consiguientemente, en muchas ocasiones, el sitio preciso de una localización lesional, poco ó nada nos suelen permitir averiguar sobre la naturaleza de esa misma arritmia revelada.

Las lesiones que la producen, es cierto que pueden ser, y son muchas veces, de origen y naturaleza intracardíaca, es decir, lesiones propiamente parenquimatosas que interesan nódulos, fascículos, fibras, y, en general, elementos propios del automatismo cardíaco, pero no es menos cierto también, que los trastornos, las lesiones y alteraciones del sistema nervioso extracardíaco, pueden producir, y de hecho producen en muchas ocasiones, aquellos mismos síndromes y arritmias originados por lesiones de los elementos autónomos del corazón.

Su distinción, pues, se hace difícil en clínica y es necesario, en cada caso, acudir á todos cuantos elementos de juicio puede aquélla aportarnos, pues sus derivaciones pronósticas y terapéuticas no hay por qué ponderarlas.

La clínica precisamente me ha enseñado, después de largas y pacientísimas exploraciones, que uno de los procedimientos más prácticos de distinción, pese al trabajo que su empleo presupone, es la persistencia, tenacidad y constancia con que en todas y repetidas las exploraciones (auscultación, palpación, percusión esfigmocardiógráfica, electrocardiógráfica, radiográfica, etcétera, etc.) de un mismo sujeto, se encuentra siempre la misma sintomatología en las arritmias lesionales parenquimatosas llamémoslas así, contrastando con la variabilidad, desorden, aparición y desaparición de síntomas fundamentales, cuando la arritmia obedece á influjo de la inervación simpática ó parasimpática.

Y con facilidad se comprende que así suceda, pues es lógico que lo orgánico lesional posea mayor fijeza en su fisiología patológica y por tanto en su sintomatología (que después de todo, es su propia expresión), que aquello simplemente funcional, pero sin substratum anatómico conocido, determinado por la enigmática influencia del sistema nervioso vegetativo.

El curso, el carácter evolutivo, la fijeza ó variabilidad, pues, de los caracteres de una arritmia, serán algunos de los síntomas que en ocasiones empleemos para la distinción de su naturaleza.

Todas ellas pueden desde luego ser influenciadas y provocadas por la excitabilidad ó hipoexcitabilidad del sistema nervioso, y la simple irritación del pneumogástrico sabemos que puede determinar no sólo la bradicardia sinusal, sino hasta el bloqueo cardíaco en alguna de sus variedades anatomoclínicas, así como la del simpático origina en ocasiones taquicardias ó taqui-

arritmias de aquella misma naturaleza y en ocasiones hasta accesos paroxísticos de taquicardia y verdaderas contracciones extrasistólicas.

Y precisamente dichas cualidades son las que en clínica suelen muchas veces servirnos como un procedimiento más de distinción para determinar su especial naturaleza, y todos sabemos que excitando el pneumogástrico, bien por vía refleja (reflejo oculocardiaco), bien medicamentosamente (prueba de la eserina) ó paralizando sus fibras con la atropina (prueba de la atropina) obtenemos efectos en el ritmo cardíaco capaces de aleccionarnos sobre su influencia en la arritmia de que se trate, y en su consecuencia, constituyen un procedimiento más que sobre su naturaleza nos alecciona, en ocasiones con extraordinaria elocuencia.

Y esto que nosotros podemos provocar á voluntad mediante acciones mecánicas ó medicamentosas, lo provoca igualmente la naturaleza en ocasiones, impregnando las fibrillas neuromusculares con sustancias autotóxicas derivadas de un anormal metabolismo orgánico, de un desequilibrio hormonal glandular, de una deficiente secreción ó excreción humoral, y por eso es que en cada caso sería eficazísimo un análisis lo más completo posible de sangre, orina, excremento, jugos y demás líquidos humorales, que quizá muchas veces nos darian la clave del tóxico que por vía sanguínea envenena la fibrilla cardíaca neuromuscular y produce como consecuencia aquel trastorno de ritmo, aquellos accesos taquí ó bradicárdicos y en general todos aquellos síndromes pseudocardiacos, independientes de toda lesión parenquimatosa propiamente dicha.

Algo se ha hecho ya en este sentido, pero es más lo que aún queda por hacer; la clínica nos ha enseñado á observar la bradicardia del icterico, los accesos taquicárdicos de determinados uricémicos, las taquiarritmias del basedowniano, la taquicardia del intoxicado intestinal y muchos síndromes más de sintomatología cardíaca objetiva y subjetiva, que están bajo la acción y la influencia de dicho orden de causas; pero ha de ser el laboratorio y la experimentación, aunados á la clínica, los que han de concretarnos en cada caso particular el tóxico culpable, la hormona predominante, el producto metabólico anormal responsable, para que aquellos determinen y especifiquen en el momento actual, el agente causal del síndrome que la clínica descubrió y observó hace ya largo tiempo.

Tal es la orientación general que hoy día podemos y debemos seguir para determinar en lo posible la causa, origen y naturaleza de un trastorno de ritmo cardíaco, que en la clínica diaria se nos presenta con tan extraordinaria frecuencia como, en ocasiones, difícil solución aun después de recurrir á nuestros actuales medios de diferenciación.

Mas pese á todos ellos, existen ocasiones y casos clínicos en que la distinción suele ser en absoluto imposible, aun recurriendo á todos y cada uno de los procedimientos indicados, en cuyos casos no queda otro recurso que encomendar al tiempo indefinido,

al curso, á la evolución del proceso y, en ocasiones, al tratamiento, la solución de nuestro problema sobre la naturaleza de las arritmias.

Octubre, 1923.

Desprendimiento de la retina, de origen miópico, curado con el tratamiento ⁽¹⁾

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT (Madrid)

Académico C., y laureado, de la Real y Nacional de Medicina.

Es frecuente en la ciencia comenzar un trabajo por donde se han terminado otros, lo que redundará, á nuestro modo de ver, en favor del perfeccionamiento científico, á la vez que indica que la idea primitiva no era absurda. Y esto nos ocurre á nosotros en la ocasión presente, que comenzamos este trabajo con la terminación de otros anteriores, y que copiamos al pie de la letra, por orden cronológico.

En Enero de 1919, *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, pág. 20, terminábamos nuestro artículo sobre «Curación espontánea del desprendimiento de la retina», de este modo:

«De lo anteriormente expuesto, creemos poder sentar las siguientes conclusiones:

1.ª Que ya es un hecho perfectamente comprobado que existen desprendimientos de la retina, en los cuales se ha obtenido la curación sin haber puesto en práctica ninguno de los recursos terapéuticos de que dispone nuestra especialidad.

2.ª Que hasta ahora, las cifras entre las pocas curaciones, tanto espontáneas como terapéuticas, de esta grave afección, estaban á favor de las producidas por traumatismos; siendo las motivadas por la miopía, de peor pronóstico.

3.ª Que los desprendimientos retinianos de esta última etiología (miopía), pueden también ser curados sin los recursos del arte, y solamente á expensas de los medios naturales de reparación de que dispone el organismo.

4.ª Que los casos raros, en verdad, de curaciones espontáneas de esta gravísima afección ocular, deben servir de norma para hacer variar el concepto hasta aquí tenido de su absoluta incurabilidad.

5.ª Que partiendo de esta base, sería conveniente el no relegar al olvido los desprendimientos retinianos, como hoy se hace, sino en cambio, examinarlos periódica y atentamente por todos los observadores por si de este modo pudiera sorprenderse el secreto de las maravillosas curaciones espontáneas.

6.ª Que bajo fin tan elevado y en aquellos pacientes de doble desprendimiento, moralmente se está autorizado y deben efectuarse toda suerte de intervenciones, siempre que no produzcan un nuevo mal, así como

frecuentes análisis citológicos y químicos del líquido subretiniano.

7.ª Que siguiendo las investigaciones por este camino y con el aliento que da la fe científica en cuestión de tan alta importancia social y humanitaria, de esperar es que en plazo no lejano pueda encontrarse el remedio de tan gravísima dolencia.»

En 18 de Enero de 1923, en la Sociedad Oftalmológica de Madrid, en nuestra discusión en la comunicación del Dr. Castillo, sobre «Desprendimiento de la retina» (*Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, Agosto de 1923, pág. 524, líneas 1.ª, 2.ª, 3.ª, 28.ª, 29.ª y 30.ª), declamos:

«De todos modos, no debemos desesperar y cada uno investigar por su parte, á fin de poder alcanzar este *desideratum* de la Oftalmología. Yo confío que andando el tiempo se llegará á encontrar un tratamiento curativo de una afección que en ocasiones se cura sola, como es el desprendimiento de la retina.»

Y en la Academia Médico-Quirúrgica, sesión del día 9 de Abril de 1924, en la discusión con el mismo Dr. Castillo, terminábamos nuestra intervención con muy parecidas palabras: «Siendo de esperar que tarde ó temprano se alcance la curación del desprendimiento de la retina, puesto que es una afección que en ocasiones cura sola.» (*Anales de la Academia*, 1922-1923, página 335, líneas 15, 16 y 17.)

Observación.—D.ª F. M., de cuarenta y siete años, casada, natural de Madrid, y antigua cliente nuestra, se presentó á consultarnos el día 30 de Junio de 1923, diciéndonos que desde hacía cinco días había perdido la vista, casi por completo, en su ojo derecho.

Antecedentes.—Esta señora padeció en su infancia, y durante muchos años consecutivos, de oftalmías repetidas, á consecuencia de las que quedaron un extenso leucoma en cada córnea. El 18 de Mayo de 1922 sufría, aparte de estas manchas de la córnea, un astigmatismo corneal irregular de dos dioptrías en cada ojo y una miopía de 18 dioptrías en el ojo izquierdo y de 14 dioptrías en el ojo derecho, prescribiéndosele en aquella época los cristales esfero-cilíndricos apropiados, para lejos y cerca, que ha usado hasta el día que percibió la pérdida de la visión en el ojo derecho.

Estado actual.—Ojo izquierdo en las condiciones que corresponden á una ametropía tan acentuada y á un leucoma corneal tan extenso. Con la corrección óptica vé 1/10.

Ojo derecho.—De apariencia normal (en ella), con gran hipotensión y visión de dedos á 20 centímetros en la parte superoexterna del campo visual. En la parte central y restantes del campo visual, la agudeza visual es igual á 0, por lo que no se puede obtener una gráfica del mismo; pero resulta, como decimos, estrechísimo.

Por oftalmoscopia y previa midriasis, se observa un extensísimo desprendimiento de la retina, que corresponde á todo el cuadrante superoexterno y parte del superior é inferoexterno de la retina.

Le decimos nuestro diagnóstico á la interesada y á su esposo, así como la gravedad de la afección y la

(1) Presentación del enfermo y comunicación á la Sociedad Oftalmológica de Madrid, días 24 de Enero y 21 de Febrero de 1924, aumentada en la parte relacionada con la teoría de la visión.

conveniencia de comenzar el tratamiento lo antes posible, al doble objeto de ganar tiempo y por si fuera posible encontrar alguna mejoría antes de nuestra ausencia durante el verano.

Tratamiento.—Día 2 de Julio de 1923: 1.ª inyección subconjuntival, muy posterior (en cápsula de Tenon), de cloruro de sodio al 10 por 100, en la cantidad de un centímetro cúbico, en la parte superoexterna del ojo. 2.ª inyección de la misma solución y cantidad el día 4 del mismo mes. 3.ª, 4.ª y 5.ª inyección los días 6, 9 y 11 de Julio. Resultado nulo ó casi nulo. Le recomendamos reposo absoluto y atropina.

El día 14 de Julio nos ausentamos, y se queda encargado de la enferma el Dr. Esteve, quien le pone una inyección subconjuntival del mismo preparado y la vé durante unos días.

Día 1.º de Septiembre de 1923: Al regreso de nuestro verano nos encontramos á la enferma casi en el mismo estado en que la dejamos, si bien el desprendimiento había avanzado sobre casi toda la parte superior de la retina.

Día 3 de Septiembre: 7.ª inyección salina. Día 10: 8.ª inyección. En esta fecha el desprendimiento se ha corrido hacia la parte interna del ojo y la retina está adherida en la porción externa. Reposo y vendaje ligeramente compresivo, á la vez que fuerte dosis de atropina (que utilizamos desde el principio), durante varios días. Día 28 de Septiembre: 9.ª inyección hipertónica. Día 2 de Octubre: 10.ª inyección. En esta época la retina se adhiere por la parte superior y está totalmente desprendida en todo el segmento inferior del ojo.

Día 15 de Octubre: Punción escleral en el segmento inferointerno del ojo y 11.ª inyección salina subconjuntival, sin resultado apreciable. Día 24 de Octubre: 12.ª inyección salina.

Día 27 de Octubre de 1923: La situación ha mejorado extraordinariamente, la retina únicamente está despegada por la parte inferointerna; se toma la 1.ª gráfica del campo visual (véase la fig. 1.ª). La visión central es de dedos un metro.

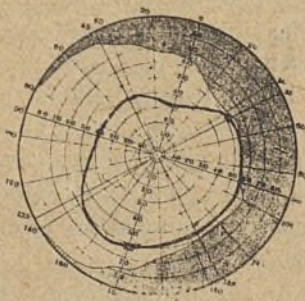


Fig. 1.ª. — Ojo derecho.

Durante el mes de Noviembre se le hace una inyección semanal de cloruro de sodio y una aplicación de radio distanciadas unas de otras tres días. El radio lo aplicamos en el segmento inferior del bulbo ocular, en sesiones de diez minutos, de un tubo que contiene 10 miligramos de radio elemento. El número de aplicaciones de radio fueron de cuatro y los efectos inmedia-

tos que con ellas se obtenían consistían en una fluxión conjuntival que duraba veinticuatro horas, sin que tuviese ningún efecto ni inmediato ni tardío sobre la visión, ni sobre el estado del desprendimiento.

Día 29 de Noviembre de 1923: La retina sigue desprendida en su segmento inferior. Se le practica la 2.ª punción escleral, que da salida á buena cantidad de líquido debajo de la conjuntiva.

Día 30 de Noviembre: La retina está totalmente adherida en toda su extensión. El desprendimiento ha desaparecido y la visión es igual dedos á un metro en todas las porciones del campo visual. Día 3 de Diciembre: persiste la curación, se toma la 2.ª gráfica del campo visual (véase fig. 2.ª).

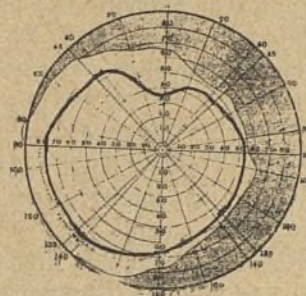


Fig. 2.ª. — Ojo derecho.

En los días sucesivos se somete á reposo la enferma y no se le pone ninguna inyección ocular, para evitar todo traumatismo. Solamente se le aplica la pomada de atropina y xeroformo, de Cusi.

Día 6 de Diciembre de 1923: Dice que ve un poco turbio. La exploramos y no apreciamos ninguna novedad en su retina.

Día 7 de Diciembre: Vuelve diciéndonos que siente los mismos síntomas que al comenzar la enfermedad. La reconocemos y, efectivamente, encontramos un extenso desprendimiento de la retina en todo el segmento superoexterno del ojo y la visión casi totalmente abolida; en idéntico estado que la vimos por vez primera en 30 de Junio.

Ante el temor de comenzar otro nuevo ciclo en el que la retina se iba desprendiendo sucesivamente hacia arriba, hacia dentro y hacia abajo, propusimos practicar una punción escleral en el sitio del segundo despegamiento (superoexterno), intervención que fué aceptada.

Día 8 de Diciembre: 3.ª punción escleral en el sitio del desprendimiento, con salida de escasa cantidad de líquido.

Día 9 de Diciembre: La retina está de nuevo adherida en toda su extensión.

Día 11 de Diciembre: Comienza á despegarse en el segmento superoexterno y muy periféricamente.

Día 13 de Diciembre: Inyección subconjuntival (número 16) de cloruro de sodio al 10 por 100, sin resultado.

Día 19 de Diciembre: La retina está despegada en una gran extensión.

Día 25 de Diciembre: 4.ª punción escleral supe-

roexterna, sin que apenas salga líquido. Resultado nulo.

Día 26 de Diciembre: El desprendimiento alcanza casi toda la mitad de la retina.

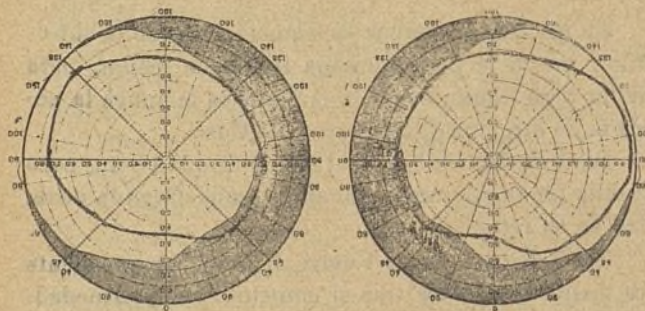
Día 27 de Diciembre: 5.^a punción escleral, con salida abundante de líquido que hace bastante relieve debajo de la conjuntiva.

Día 28 de Diciembre: La retina está completamente adherida en toda su extensión y la visión es de dedos un metro en todas direcciones (hay que contar que el ojo es miope de 14 dioptrías).

Día 2 de Enero de 1924: La retina sigue adherida; sin embargo, para evitar recidivas (como en las veces anteriores), le ponemos una inyección subconjuntival de $\frac{1}{2}$ c. c. de cianuro de mercurio al 1 por 5.000, en el segmento superoexterno del ojo. En los días sucesivos persiste un estado hiperémico en el sitio de la inyección.

Día 7 de Enero: 2.^a inyección subconjuntival de CHg, misma concentración y dosis, segmento superior del bulbo ocular. En días sucesivos persiste la hipermia en el sitio correspondiente.

Día 11 de Enero: Tomamos la gráfica núm. 3, del campo visual, en ambos ojos. La curación persiste. La visión es de dedos 1,25 metros.



Ojo derecho.

Fig. 3.ª

Ojo izquierdo.

Día 14 de Enero: 3.^a inyección subconjuntival de cianuro igual a las anteriores, pero en el segmento inferior.

Además, en días alternos se le hacía una buena aplicación de pomada de atropina.

Hay que hacer notar que esta enferma desde el comienzo de su desprendimiento tenía una visión coloreada en azul en el ojo enfermo, que ha desaparecido en esta fecha.

Día 22 de Enero: Una inyección subconjuntival en el hemisferio superior del ojo de $\frac{1}{2}$ de centímetro cúbico de cianuro de mercurio al 1 por 5.000.

Después le hemos puesto una inyección semanal, y durante un mes, de CHg, a la misma concentración y dosis, debajo de la conjuntiva.

Nuestra observación de curación espontánea de un desprendimiento miópico y total de la retina, de seis meses de fecha, y la que es motivo de este trabajo, de desprendimiento también de origen miópico de la retina, que ha curado con los recursos terapéuticos, é igualmente en seis meses, son en extremo demostrativas.

Y si con la sublime enseñanza de nuestra primera observación hemos creído firmemente, y defendido con todo el entusiasmo que da la fe científica, que el desprendimiento de la retina debe ser una afección curable, ¿qué no hemos de poder decir ahora que en la observación presente hemos podido obtener la curación?

A nuestro juicio, la noción de la incurabilidad del desprendimiento de la retina obedece a una doble causa: una, dependiente del paciente; otra, del oculista. En ambas juega el mismo papel la falta de constancia, si bien la del paciente es hasta cierto punto justificable, porque el oculista no puede darle la más mínima esperanza de curación de una afección en la que son nulos ó excepcionales los casos que se curan. En cambio, en el oculista esta falta de constancia sólo sería disculpable, por el concepto erróneo que se ha tenido de esta enfermedad, creyéndose que pasado algún tiempo (sin ser excesivo), la retina desprendida degeneraba y se hacía inapta para desempeñar sus funciones. Sin embargo, la elocuencia de los hechos está por encima de toda suposición teórica y hay que rendirse a la evidencia: la retina desprendida durante seis meses en nuestras dos observaciones ha recobrado su perfecto funcionalismo al volver a ocupar el sitio normal. ¿Y por qué no puede ocurrir lo mismo en un plazo de tiempo más largo: ocho meses, diez meses, un año, etcétera?

El factor tiempo es un dato de gran interés, desde el punto de vista del pronóstico de la afección, porque permite instituir el tratamiento con la esperanza más ó menos próxima de poder obtener la curación. Además, abre nuevos cauces al pensamiento con respecto, a la teoría de la visión.

Un oculista de Dresde, el Dr. Shanz (1), ya fallecido, ha emitido hace poco una nueva teoría de la visión, basada en los efectos que la luz produce sobre las sustancias que la absorben. Estos efectos son térmicos y químicos. Las modificaciones químicas hacen que las moléculas a la vez que sufren oxidaciones, emitan electrones que no sólo las modifican, sino que van a modificar las moléculas inmediatas. Así es como con el tiempo se van produciendo estas modificaciones en los objetos iluminados. El autor ha estudiado la acción de la luz sobre la albúmina del cristalino y ha podido comprobar que con el tiempo la albúmina soluble se transforma en albúmina insoluble. De ello deduce que es probable que la luz actúe sobre todos los albuminoides de la misma manera.

Basándose en las investigaciones recientes de los físicos, que han demostrado que los rayos de onda sumamente corta hacen emitir electrones a las materias iluminadas, electrones que se pueden recoger y medir; además de lo que la naturaleza enseña de que los rayos de onda larga son también activos, pero en presencia de los sensibilizadores, que son materias colorantes íntimamente combinadas con las sustancias albumi-

(1) - Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades, 17 Febrero, 1923, pág. 320.

noideas; el Dr. Shanz ha estudiado la *dispersión fotoeléctrica* en las soluciones albuminoideas, lo mismo que los físicos en las sustancias inorgánicas.

Según el autor, el fenómeno de la visión tiene el mismo fundamento. La luz no puede actuar sino sobre las sustancias que la absorben y es absurdo considerar á los conos y bastones como los elementos de la retina sensibles á la luz. En cambio, el pigmento de las células pigmentarias de la retina es el que absorbe la luz y es de suponer que luz absorbida disperse electrones. El papel de los conos y bastones sería el de la red de alambres con que se recogen los electrones, cuando se hacen determinaciones de la dispersión fotoeléctrica. La velocidad de los electrones guarda relación con las distintas longitudes de onda. En cuanto los electrones tropiezan con los conos ó bastones, engendran una corriente eléctrica que transmiten el estímulo al cerebro, corriente idéntica á la que se produce en la red de conductores en las pruebas de dispersión fotoeléctrica. Entre otros argumentos, cita el autor en su apoyo, que en el desprendimiento de la retina se establece la visión, en el momento que los conos y bastones están en contacto ó muy cerca de la capa pigmentaria y al alcance de los electrones que ésta emite. También, y en virtud del mismo principio, trata de explicar la visión de los colores.

De todos modos, y sea de ello lo que quiera, que no es de este lugar, nuestro propósito es demostrar que el desprendimiento miópico de la retina es perfectamente curable, tanto espontáneamente, como bajo la influencia del tratamiento.

Ahora bien; ¿qué mecanismo emplea la naturaleza para la curación espontánea del desprendimiento de la retina? Es este un asunto que permanece en el misterio y del cual sólo conocemos los resultados. Estos son la restitución de la retina á su posición normal y la reaparición de la visión. El *primer movens* se nos oculta, si bien pudiera ser el ordinario proceso general que el organismo emplea para la reabsorción de los exudados patológicos y el líquido subretiniano es uno de ellos. Es más probable que las cosas ocurran de este modo á juzgar por las enseñanzas de esta observación clínica.

Todos los recursos terapéuticos por nosotros prescritos: reposo, compresión, midriásicos, yodo orgánico al interior, inyecciones tenonianas, y subconjuntivales hipertónicas é irritantes, radio, etc., no han dado ningún resultado y únicamente las punciones esclerales con salida del líquido subretiniano han producido la adherencia total de la retina, que se mantuvo en su lugar ocho días en la primera vez y ya cuatro meses actualmente. Sin embargo, el tiempo y la experiencia dirán la última palabra sobre nuestras presunciones, que al menos son racionales y lógicas.

Por tanto, y sin dejarnos llevar de exclusivismos, creemos que el camino de la curabilidad del desprendimiento idiopático de la retina hay que buscarlo por la extracción del líquido subretiniano, seguido de la inyección subconjuntival de sustancias irritantes (cianuro de mercurio, sublimado, etc.), que podrán pasar al interior del ojo, tanto por la punción practicada,

cuanto por las vías naturales preformadas, para que determinen en la retina cierto grado de inflamación adhesiva que la mantenga en su lugar.

POLITICA SANITARIA ⁽¹⁾

POR

JOSÉ FRANCOS RODRÍGUEZ

Hay que ir á la creación de la Sanidad pública en España, con vida independiente, definida; se necesita una fuerza autónoma que represente y dirija cuanto atañe á nuestra salud, que disponga en todas las series de nuestra vida civil, de los elementos directivos y secundarios, de los agentes importantes y subalternos que integran la fuerza completa, mantenedora de la salud pública.

Ahora el tirón que da la falta de higiene deja de sentirse en el Ministerio, no porque carezcamos del departamento ministerial, sino porque carecemos de organización, porque nuestra Sanidad la forman elementos deficientes, unas veces aislados, otras incompletos, cuándo rudimentarios, cuándo improcedentes, que nunca constituyen la organización indispensable, precisa, que hasta ahora sólo reclamaron, en vano, algunas personalidades aisladas, en tanto que se desenvolvía la política general.

Ministerio de Sanidad, de Higiene, como se le quiera llamar, porque su título no cabe precisamente en los dos términos enumerados, le habrá, ya que es preciso, pero como coronamiento de una obra que sólo se ha acometido fragmentariamente y que dista mucho de satisfacer las aspiraciones que la animan. Pero antes de dar en el Ministerio, de proveer el cargo y, sobre todo, de revestirle con los atributos correspondientes, hace falta obtener lo substancial; hace falta que la Sanidad española tome cuerpo, se sienta con fuerza positiva, en la plenitud que necesita, que necesitamos porque á la vitalidad de la Patria le importa, reunir los elementos indispensables para su mantenimiento.

Mientras las luchas torpes menudean, las codicias impuras no descansan, los odios no duermen y las malas pasiones aumentan su potestad, hay algunos españoles empeñados en acrecer el caudal mejor de la Patria; el que se forma con actividades intelectuales, prescindiendo de voceríos estériles y de inquietudes perniciosas; esos españoles piden que España se incorpore á los demás pueblos progresivos en lo de aprestarse á reunir y concertar los medios defensivos de la salud; piden que el Estado, las Diputaciones y los Municipios piensen en que es fundamental para su acción servir las de la Sanidad pública. Cuatro veces intentó el Parlamento aprobar una ley de Sanidad y en las cuatro vió fallido su empeño; seguimos viviendo con pragmáticas de ocasión, esperando la plenaria de una ley, conformada á las circunstancias, y, entretanto, hay un apartamiento doloroso del país para cuanto se refiere al desarrollo de su vida material.

Antaño, cuando existía Dirección general, no se consiguió lo apetecido, y eso que tuvo representantes que inspiraban, por sus capacidades y por su entusiasmo, positiva confianza. Recordemos al insigne Dr. Cortezo, creador efectivo de la Instrucción sanitaria, que siempre sintió y siente ansias porque en nuestro país adquiriera la defensa de la salud los vuelos que le corresponden; recordemos al ilustre

(1) Véase el número anterior.

Dr. Palido, que entonces como hogaño sigue trabajando ahincadamente por los intereses de la Higiene; traigamos á la memoria, entre manifestaciones de profundo reconocimiento, el nombre del malogrado Dr. Bejarano, que puso su inteligencia y su corazón al servicio del bien público; alabemos, como es debido y justo, la extensa, autorizada y luminosa labor del Dr. Martín Salazar, y la del que con nobles y elevados títulos le ha seguido en el cargo, el señor Murillo, quien por talento y por competencia tiene merecidos los mayores elogios; invocando estos nombres probaremos que en las cumbres del gobierno estuvieron y están hombres de suficiencia indiscutible, pero á quienes hasta ahora no se concedieron ni facilidades, ni ocasiones, ni los medios precisos para cumplir su cometido.

La Sanidad en España no puede reducirse á una oficina, no puede condensarse en un departamento aislado: no cabe en los términos angostos á que estuvo supeditada hasta el presente. Una cabeza por privilegiada que sea no bastará para concederle la fuerza que le corresponde; necesita variedad de órganos, de elementos expresivos de acción, capaces de desempeñarla cumplidamente.

En España tenemos una Dirección general de Beneficencia; sería lógico que la Beneficencia y la Sanidad estuviesen unidas, ya que el sentido de Beneficencia evoluciona como todo y va por ello perdiendo el carácter que en otros tiempos le distinguió, pero no es propio de la ocasión actual hacer consideraciones acerca de tal asunto; la ocasión sólo es propicia para decir que la Beneficencia y la Sanidad debieran relacionarse sobre todo considerando que el Estado ha de aportar recursos á las necesidades sanitarias y los beneficios habrían de figurar entre ellos.

España los posee en gran cuantía, como puede verse con solo hojear las estadísticas correspondientes. En nuestro país existen 11.319 instituciones benéficas de carácter particular, de las cuales son activas 5.856, y están inactivas 4.071. Con solo esta división se advierte la necesidad de investigaciones precisas, para que el positivo fin de las obras altruistas sea cumplido conforme al propósito de quienes las establecieron. Madrid cuenta 1.161 establecimientos benéficos, Barcelona 374, Sevilla 876, Córdoba 817, Segovia 315; se ve que las administraciones se multiplican con detrimento del propósito benéfico. En tanto grandes sumas que pudieron aplicarse á fines sanitarios, tal vez no alcanzan productiva impresión, y cuenta que los capitales de tales fundaciones son de mucha monta; las cifras correspondientes á cuatro provincias nos dan idea aproximada de ello:

Madrid.....	152.279.380 pesetas.
Barcelona.....	45.324.375 —
Córdoba.....	16.176.356 —
Segovia.....	3.647.468 —

Pues bien, este aspecto parcial del problema de organización sanitaria — relaciones entre la Sanidad y la Beneficencia — es un ejemplo notorio de la necesidad de establecer normas amplias, independientes, seguras, que encaucen las necesidades públicas. Eso no puede encomendarse á resoluciones parciales, indirectas, sino que ha de brotar de un plan meditado y diestramente conducido.

LA INSPECCIÓN SANITARIA

Por otra parte, para llenar los fines defensores de la salud pública, hace falta un ejército que ahora está descabado y vive en el desamparo, encontrándose además en desorden para daño, no solo de la justicia que reclama, sino de la eficacia que se le exige.

En Abril de 1919 se reunieron en Madrid cuatro mil

médicos de los que llamamos titulares, acaso porque el título que lograron, apenas si les sirve para sostener sus más perentorias necesidades. Ha pasado bastante tiempo y su problema sigue en pie. La Instrucción oficial habla de los inspectores municipales, pero esa inspección es un mito, digan lo que quieran los documentos. La inspección sanitaria municipal realmente no existe, porque, en efecto, debiera haber en cada localidad un representante de la salud del cuerpo, como le hay de la salud del alma y de la salud del entendimiento. El Estado se cuida y hace bien de que se garantice la vida del sacerdote y del maestro. También debiera garantizarse la del médico, el farmacéutico, el veterinario y sus auxiliares, pero cuando se trata de la vida física las acciones gubernamentales son menos severas, menos eficaces ó tienen menos suerte quienes han de cumplir, y eso de la Inspección y de los inspectores municipales no pasa de la categoría de ensueño.

El interés por las que se llaman clases sanitarias, está harto desconocido. De médicos rurales que no cobran, de farmacéuticos desatendidos, de veterinarios que se hallan en idénticos casos, están llenos los anales de nuestra vida pública. Así, pues, ¿á quién extrañará que falte vacuna para anular los brotes de terribles enfermedades, que carezcamos de medios para perseguir las adulteraciones de alimentos, que no se difundan los recursos defensivos de la Higiene?

En las grandes poblaciones sólo regularmente se atiende á éstas necesidades; en las medianas apenas si se cubren las apariencias sanitarias; en las chicas, ni á las apariencias se mira. Tal es la verdad, la auténtica verdad mil veces comprobada, y como falta red bien dispuesta de servicios públicos, la higiene no existe. Asomémonos á ver como están abastecidas de agua las localidades pequeñas; examinemos cómo se conduce, dónde se conduce, la que han de utilizar los vecinos; averigüemos cómo se vigilan las charcas que en más de una ocasión son manantiales aprovechados; enterémonos de cuál es la vigilancia del pan que se come, del alimento que sustenta, de los rudimentarios medios que usan los infelices de aldea, villorrios y villas, y después, véase si alguien puede extrañarse de que las enfermedades cundan, y sobre todo, de que la raza se depaupere. Después de cualquiera de tales exámenes, si alguien se atreve á hablar pomposamente de lo que es la sanidad pública entre nosotros, tengámonosle por distraído, por obcecado ó por mentecato.

La sanidad hay que practicarla con los elementos sanitarios; el hecho es indiscutible, ¿verdad? Pues veamos cómo está servida en España esa necesidad; observemos cómo el médico, el farmacéutico, el veterinario y los elementos que les auxilian, sienten el apoyo de las instituciones oficiales para cumplir con sus sacratísimos deberes. Hay una oficina central de Sanidad, una organización de Sanidad civil, que atiende á los puertos; inspectores provinciales con sus medios más ó menos deficientes, pero al fin sus medios para las demarcaciones centrales de la Nación, y hay también sus delegados: pero ¿cómo se sirve á la inspección municipal, que es la de fundamento, la base, la esencial? Supongamos, y ya es suponer, que los centros están bien servidos; ¿y la red general, la que debe poner en comunicación al país con los centros aislados? Ah, pues eso tiene una situación quimérica ficticia. Los médicos titulares constituyen el verdadero ejército sanitario, sin el cual, sin su organización perfecta, será ilusorio cuanto se haga respecto á sanidad pública. ¿Y cómo acudimos á la satisfacción de esa necesidad? Pues imperfectamente, con descuidos, con abandonos. El cura de almas recibe sus emolumentos parroquiales del Estado; el maestro trabajó porque fuese el Estado

quien le abonara su sueldo, y al cabo pudo conseguirlo; el médico rural no pudo alcanzar que el Estado se encargase de satisfacer sus míseros haberes, por lo cual frecuentemente peligran.

Hay partidos médicos rurales que producen al año—perdón por el uso de la palabra producir, que en este caso tiene apariencias de mofa—700, 500 y hasta 300 pesetas. Lo exiguo de la paga se compensa con que la paga suele ser ilusoria y es rudo el trabajo. El médico ha de ser el principal agente de la salud en cada pueblo; ha de asistir á los enfermos, ha de estar siempre sujeto á obligaciones penosas; y á pesar de todo, no se le paga. Existe un proletariado médico numeroso, vencido, que explica la paciencia con que se sufre el vejamen y se dobla el cuello ante la explotación. Las Universidades vomitan licenciados y doctores, cada día en mayor número, y las huestes de facultativos se dispersan, apenas consagrados quienes las constituyen. Unos, los menos, van á la fortuna, á la consideración, al triunfo; los otros, á la lucha tremenda, á la competencia dura, al forcejeo cuasi bárbaro.

Pues ese mal habría de tener remedio en la ley. ¿En cuál? ¿En una de Sanidad, apropiada á los tiempos actuales? Nosotros no gastamos el tiempo en esas tonterías. ¿Ley de Sanidad? Con la que tenemos nos basta. Si está vieja, para eso la remendamos. Otras leyes y otras reformas reclaman nuestra intervención. Que la Sanidad espere. Ahora fuera oportuno constituir una organización apropiada sobre la base de la inspección municipal. En efecto, sin esa inspección, ¿qué puede hacerse de consistencia? Absolutamente nada. Se necesita establecer la inspección municipal y que en ella intervengan con el médico, el farmacéutico y el veterinario. El elemento farmacéutico y el veterinario son indispensables para cualquier práctica rudimentaria de higiene pública. Pero si no hacemos caso del médico, ¿vamos á atender al farmacéutico y al veterinario? Que se arreglen como Dios les dé á entender. Que sigan viviendo en precario, como hasta el presente; no se pueden cumplir sus demandas y así vivimos y así estamos y esta es, positivamente, la situación de la mayoría de los elementos sanitarios españoles, con lo cual, dígame si no es de razón que reclamemos, hoy como ayer y tal como vez mañana, que una mano certera, que una voluntad complaciente, pongan fin al desbarajuste que nos inquieta.

EL PROLETARIADO SANITARIO

En unos cuantos años—no cabe hablar de siglos—la Medicina ha realizado maravillas que permiten al hombre defenderse contra los enemigos de su salud. Penetrando la Ciencia en el mundo de lo microscópico, aísla y conoce organismos rudimentarios, que, suspensos en el aire, disueltos en el agua ó transportados mediante las personas, producen aniquiladoras infecciones. La Ciencia puede hoy abrir las cavidades donde palpitan las entrañas y reponer lo destruido, extraer lo dañado, reparar las perturbaciones engendradas por procesos patológicos; la Ciencia ha domado al dolor, y, en fin, ha hecho transparentes las densas masas de los órganos, de los músculos, de los huesos, para que se puedan leer los diagnósticos de las enfermedades como las palabras de un libro.

La Ciencia piensa en el médico como agente defensor directo de la salud y en el farmacéutico que le auxilia y en el veterinario que le secunda y en el practicante que le ayuda con subalternos menesteres, pero todos esos elementos han de estar concordados, realizando una obra de amplia heterogénea solidaridad.

El médico ha de ser el agente de la salud pública, inspeccionando la higiene del pueblo donde ejerce, asistiendo á los enfermos pobres, representando ante el vecindario la medida urgente contra el dolor que taladra las carnes, la hemorragia que se lleva la vida, el ahogo que asfixia, la fiebre que devora á puro fuego, y siendo todo eso, su paga es la más pobre y la menos regular de cuantas se satisfacen con cargo á fondos públicos. Sobre irregular y menuda, muchas veces es fantástica, y así suelen quedar sin pan los hijos del hombre que acude solícito á las casas donde reina el espanto, para tranquilizarlas; donde atormenta el dolor, para producir sueño; donde corre la sangre, para contenerla; donde hay calentura, para extinguirla.

El facultativo que constituyó una residencia no puede variarla según su deseo. Tiene que vivir sujeto al pueblo en que le pusieron las vicisitudes profesionales, y en él se mantiene á despecho de las injurias, de las mortificaciones, de los atropellos que padece, recordando con duelo los juveniles días en que dijo á su padre: «Quiero ser médico»; y en que el padre le alentó exclamando: «¡Haces bien, hijo mío!» Esa es buena carrera. Se gana con ella mucho dinero.

En los pueblos ocurre eso, y á veces también en las poblaciones de importancia. En ellas no hay alcaldes que adeuden pagas, ni rudas caminatas á caballo, ni visitas por vericuetos inaccesibles; pero también existen doctores consumidos por la pobreza, que todo no es ir en lujosos automóviles, ni visitar á ricachos y aristócratas encopetados. Sobre que donde menos se piensa salta un tramposo, el ejercicio profesional en nuestras grandes ciudades tiene también temerosos quebrantos, más, sin duda, que esplendores y abundancias.

Muchos, lo que se dice muchos, médicos, se ganan la vida con todo género de penalidades; los hay á quienes no les sale la visita ni á diez céntimos. Así están, por ejemplo, quienes sirven en los artilugios que proporcionan á cada familia, por tres pesetas al mes, asistencia facultativa, medicinas y entierro. Esto último es, sin duda, lo más puesto en razón.

No les va mejor á los farmacéuticos que han de servir las necesidades rurales, y cabe decir lo mismo de veterinarios, practicantes y matronas; el proletariado sanitario es extenso y por él puede deducirse la trascendencia concedida á quienes tienen el encargo de vigilar la salud pública. Hay que vigilar el agua que se bebe, el alimento que se toma, y ¿quién va á hacer eso? ¿El farmacéutico correspondiente? Harto hará con despachar la receta mediante la misera retribución que se le asigna. ¿Inspección de líquidos y sólidos destinados al consumo público? ¿Quién piensa en tales refinamientos! Para que nadie caiga en el peligro de despertar tales necesidades, se escasean los laboratorios; se establecen en las capitales, y gracias, con atenuaciones importantes; los pueblos chicos, que perdonen por Dios!, á bien que al aire libre, en las localidades reducidas, la acción solar, soberana dispensadora de energía, y la atmósfera pura, cumplen su papel de higienistas providenciales.

Y ello explica por qué el proletariado sanitario sufre resignadamente su ingrato destino y por qué sus servicios no constituyen una positiva necesidad social. La entidad Estado no se considera obligada á organizarlos en una ley. A lo que si se considera obligada es á exigir el importe de los títulos que expende. Médico á quien no pagan, farmacéutico al que no satisfacen el importe de las recetas, veterinario desdeñado cuando reclamas tus emolumentos, prac-

ticante que quieres ser atendido, comadrona que pides justicia, ¡ay de vosotros si no sacáis el título correspondiente, el título que acredita vuestra capacidad, y sin el cual no podéis ejercer!

En cuanto á cobrar, tampoco podréis cobrar como no se os muestren propicios los hades, que en estos casos de deudas de Diputaciones provinciales y de municipalidades suelen aparecer hoscós.

POLÍTICA

Y ahora cabe decir: ¿no es cierto que se impone una política activa, especial, para dirigirse á la opinión reclamando que sacuda su modorra; á los Poderes públicos, con el fin de que trabajen con seso; á los agraviados en sus intereses profesionales, con propósito de que exijan justicia? No tenemos Código sanitario, ni organización adecuada de la Sanidad, ni se concede á tales menesteres la atención que necesita.

A nuestras puertas golpean impacientes las mil cuestiones que, no siendo genuinamente sanitarias, están íntimamente relacionadas con la salud pública, y esperan con ansia remedio. La vida de los niños debiera ser una preocupación nacional, y, por desgracia, no lo es. El problema de la vivienda exige resoluciones decisivas, y tratándose de tal cuestión, más se oye la voz de oficinistas que la voz de técnicos con el debido voto de calidad. En lo que se refiere á las subexistencias, se percibe el ajeteo—¡ay, por desdicha ineficaz!—de los que van y vienen, buscando remedios, y aún no dispusimos modo de castigar mediante ley los fraudes en la calidad y cantidad de los alimentos, como tienen desde hace muchos años dispuesto los países más cultos del mundo. La asistencia á los enfermos que fuera del jornal carecen de medios para remediar sus infortunios, debiera inducirnos á acciones rápidas y oportunas; pero no llaman nuestra atención las propuestas de seguros sociales ni examinamos tan transcendental asunto como se debe, y entre la indiferencia de unos, la ignorancia de otros, los desfuegos atrabiliarios del de más allá, consumimos estérilmente nuestra energía.

El afán por la capilla oscurece la devoción al templo. Cada grupito quiere su independencia con menoscabo de la utilidad. Muchas Asociaciones, muchas Juntas, muchas entidades aisladas, distraen, dificultan la que debe constituir una fuerza poderosa. Todo el mundo procede de buena fe, eso ¡quién lo duda!; pero falta la acción directiva, la capaz de reunir rayos dispersos, actividades desperdigadas, en un solo haz de luz, en una sola homogénea energía. Falta, sobre todo, que se tenga plan y que el plan se encomiende á quienes pueden cumplirle.

Hace diez y seis años tuve el honor de combatir en el Parlamento una disposición ministerial relacionada con medidas contra la prostitución. Desde aquella fecha hubo varias resoluciones, algunas contradictorias; pero el mal fué en aumento y actualmente no lleva camino de remediarse. En vano nos hemos esforzado algunos: por mi parte, modestamente expuse ante la Real Academia de Jurisprudencia, va para cinco años, varias consideraciones pertinentes al caso. Fué entonces cuando invoqué unas cifras realmente aterradoras que valen la pena de la reproducción.

En el movimiento general de enfermos y como avariósicos, figuraron en los hospitales militares de España los siguientes:

1908.....	25.968
1909.....	38.771
1910.....	45.887
1911.....	56.045

1912.....	50.401
1913.....	56.018
1914.....	65.758
1915.....	78.062
1916.....	96.967
1917.....	97.048

Después de estas cifras, aducidas en mi conferencia, otras aún más alarmantes cundieron, pero la llaga subsiste y á diario se clama contra ella.

Por lo mismo, se predica la conveniencia de una acción política hiriente, llena de perseverancia y fe; acción para que resuene en todas las regiones, la perciban todas las clases, la comenten todos los individuos. Ninguna cuestión de Gobierno puede inquietarnos más; ningún afán directivo puede pedirnos mayor atención.

No hay organización sanitaria con los medios apropiados; la inspección consiguiente, el gasto indispensable, las entidades precisas para hacerla eficaz. Cuando á veces estalla una epidemia, nos sorprende sin recursos, ataca á muchedumbres exahustadas, penetra en viviendas mezquinas, estrechas, verdaderas zahurdas; corre por calles sin agua y sin alcantarillado, y entonces pedimos que se improvise todo y reclamamos una apresurada victoria contra la enfermedad, como si su eficacia consistiese en aplicar á los males el remedio que bulle en el pensamiento, pero que no puede manifestarse en obras tangibles.

La defensa de la salud no estriba únicamente en la capacidad de los hombres que han de cuidarla. Los encargados en España de luchar contra los enemigos de su vida física, estudian y saben, trabajan y pueden ser útiles; pero existiendo el obrero, falta la herramienta. El surco de la tierra no puede abrirle el labrador con solo sus manos.

Por lo mismo creo eficaces las actuaciones de todo género, siempre que sean insistentes, con tenacidad salvadora, hasta conseguir que el espíritu público se inquiete, y los agentes que han de satisfacerla se aviven. A pesar de la revolución científica que se ha producido desde la mitad del siglo último hasta el presente; de los acuerdos internacionales adoptados en Congresos de carácter oficial; de que las Naciones civilizadas incorporen á sus gobiernos planes sanitarios completos, continuamos los españoles inermes frente á los peligros que amenazan nuestra vida física. No hay entre nosotros, por ejemplo, modo de dar personalidad y fuerza á la vigilancia defensora de la salud.

FINAL

Permitidme, para dejar de importunaros, que todas mis consideraciones las resuma en un deseo y en una esperanza: el deseo de que la clase médica española persista en su actitud resuelta frente al problema sanitario, y la esperanza de que tal actitud tenga un buen éxito. Palabras, que dije en otro lugar y en distinta ocasión, reflejan con exactitud mi pensamiento. Con vuestra licencia voy á reproducirlas.

En el siglo xx la Medicina no sólo es ciencia de curar las enfermedades; su aspiración suprema consiste en evitarlas; en cada pueblo ha de existir un médico para que atienda á los pacientes; pero á la vez, para que aleccione y guíe á quienes ejercen mando, con el fin de precaver males físicos bien definidos. El médico no sirve sólo para la receta; sirve también para la pragmática; sus prescripciones pueden calmar dolores, suprimir fiebres, hacer que desaparezcan disneas, contener hemorragias, extirpar tumores; pero además, y, sobre todo, debe advertir cuáles son los medios para que no se reproduzcan ciertas enfermedades contenidas en el agua que se bebe, en el alimento que se ingiere, en el virus que contamina, en el germen que flota en la atmósfera.

Unas veces en nombre de la propiedad, otras en nombre de cualquier derecho absurdo que debe desaparecer; en ciertos casos por compromisos políticos; en otros, por arbitrariedades inconcebibles, el dictamen científico se desatiende. Por lo mismo se necesita la ley, se desea, se exige la ley. No es posible, dicen los experimentados. No prosperará. El Parlamento parece que ya no da leyes; tal vez se acercan los tiempos en que broten peras de los olmos; pues bien, probemos si es ó no posible establecer una disposición legal garantizadora de la Sanidad pública.

Aquí de los médicos españoles de todas las clases, eminentes y modestos, de ciudad y de aldea, de los que van en *auto*, en coche, en caballo y á pie, que la profesión tiene su aristocracia, su clase media y su plebe, ¡noble, invicta, santa plebe, que debe ser la predilecta, y sobre la cual caen todas las desventuras!

Médico ilustre que visitas á próceres y mandones, ¿dejarás de influir para que tu Patria no sea una excepción en asuntos sanitarios? Ponte serio y trabaja con ahinco; insinúa, sermonea, y si llega el caso coacciona. Tu coacción será digna, honrada, enaltecedora; el ambiente en que te mueves, es el directivo y tienes recursos para ejercer de director en ese ambiente. Emplea tu voluntad, y después de adiestrada, procura imponerla. Eres buen entendedor, y con que sigas los dictámenes de tu conciencia y de tu deber, bastará para que se realicen las esperanzas en ti depositadas.

Médico de la clase media, tu campo de acción es más vasto, y por lo mismo será mayor la eficacia de tu influjo. Visitas y tratas á los elementos que constituyen el nervio de la vida colectiva; estás mezclado en las Corporaciones, entidades y centros que producen la actividad social; puedes adscribirlos á tu empresa, porque de su éxito feliz depende el bienestar común. Tú entras en los hogares, tienes en ellos vara alta como suele decirse; te oyen las mujeres, siempre dotadas de penetración más viva, de más fino entendimiento que los hombres; cuéntales á ellas que sus hijos están expuestos á las fiebres tifoideas, porque los Poderes públicos abandonan los abastecimientos de aguas; díles que la lobrete de las habitaciones puede acarrear la tuberculosis, y que de eso apenas se ocupan quienes á veces consumen las horas con discursos ridículos; exhórtalas á que sepan cómo aquí, donde es delito disparar un arma fuego, sin causar daño, no lo es contaminar una enfermedad asquerosa que, además de llaga y padecimiento, representa ruina corporal, locura y muerte.

Ya verás, cuando la clase media, y sobre todo el elemento femenino de la clase, tengan el convencimiento de que no hay Gobierno sin Sanidad, y ahora en España sin Sanidad se gobierna, cómo se produce indignación y cómo esta indignación cunde á los lugares donde se legisla y dirige. No necesitas más que usar las nobles armas de tu pericia y tu profesión. Aprieta sin miedo; aprieta para que sientan tus presiones los que, por vivir en Babia ó por encastillarse en sus egoísmos, dejan que las cifras de mortalidad sean en España mayores que en otros países y nuestra raza se depaupere por el taimado aniquilamiento de la falta de higiene.

Médico de los pobres, médico titular, médico de las aldeas, médico preterido; aquel á quien á veces no le pagan, aquel á quien miran como un súbdito el cacique de coto cerrado, el manipulador de Concejos y provincias, tienes menos medios que tus compañeros empingorotados; pero tienes los suficientes para conseguir tu redención.

Esa redención debe ser la base de la reforma sanitaria

que se anhela. En cada pueblo aparece con independencia la cura de almas, simbolizada en el sacerdote; la guía intelectual, que simboliza el maestro. La cura del cuerpo es la que aún sigue sometida al capricho de cuantos disponen de las villas y lugares de nuestro territorio. Ello representa una tiranía inicua, bárbara.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL DÍA 4 DE ABRIL DE 1924.

Tres casos de cuerpos extraños intraoculares extraídos por el electro-imán gigante.

El Dr. Márquez.—Presenta las tres partículas de hierro sobre un portaobjetos grande entre éste y un portaobjetos ordinario haciendo de cubreobjetos y montadas en bálsamo del Canadá.

Son tres casos extraídos en lo que va de curso en el Instituto Oftálmico por medio del gran electro-imán de Volkmann allí existente.

El primero es el de un enfermo que acudió al día siguiente de haber ejecutado maniobras con instrumentos mecánicos, de lo cual resultó la proyección al ojo y penetración en él de una partícula cuyo orificio de entrada estaba en la parte interna de la esclerótica.

Se veía en la parte interna y superior del fondo del ojo hacia la *ora serrata* una mancha alargada negruzca que parecía el cuerpo extraño.

La radiografía (Dr. Piga) estaba de acuerdo con la localización. El cuerpo extraño estaba enclavado en la pared ocular. Se aplicó el electro-imán, hizo relieve hacia afuera levantando la conjuntiva, y seccionada ésta, salió fácilmente el cuerpo extraño, atraído por el imán.

El segundo era (también como en los otros dos casos) en el ojo derecho y estaba enclavado en el cristalino en donde produjo catarata traumática. Además, había iritis.

El tercero estaba en la parte superior del iris cerca del esfínter y en la cara posterior. Se aplicaba el electro-imán y se producía una elevación del iris. En los dos últimos casos se hizo una incisión lineal con el cuchillo lanceolar, introduciéndose por ella la pinza de iris ordinaria por no tener instrumentos no magnetizables; pero resultó bien, pues imantada la pinza, como si fuera una prolongación del electro-imán, el cuerpo extraño se adhirió á la pinza y salió (en ambos casos) el cuerpo extraño adherido á ella como cuando se emplea el pequeño electro-imán y se introduce dentro del ojo su extremidad.

Dr. Díaz-Caneja (de Palencia).—Extracto de sus comunicaciones:

A) «Sobre la condición diplópica de las imágenes estereoscópicas.»

En los trabajos que á estereovisión hacen referencia domina un prejuicio fundamental que intentamos rectificar con esta comunicación. La estereoscopia, se dice, es una visión artificiosa—lo cual es con ciertas restricciones exacto—; es una visión diplópica, se añade.

Esta condición diplópica de las imágenes estereoscópicas domina los trabajos de Parinaud, tan llenos de sugestivos aciertos como de peligrosos atrayentes errores.

Pensó Parinaud que la diplopia era precisa en la estereovisión para lograr por medio de ella la «virtualización» de las imágenes que servirían para la restitución estereoscópica. La diplopia sería precisa siempre para lograr esta virtualización, ya que lo que en dicho acto funcional «vemos» es una imagen «cerebral exteriorizada».

Este error—en nuestra opinión lo es—de Parinaud se derivó de otras ideas, también equivocadas, del ilustre fisiólogo sobre la condición cerebral de las imágenes consecutivas y su pretendido «transporte». Pretendido, para nosotros, que le estimamos falso, por razones extensas de exponer y que alargarían esta nota esquemática.

Para probar la exactitud de su modo de pensar, analizó Parinaud los diversos modos de estereovisión, y sin llegar a comprender que todos—en absoluto todos—reposan en el mismo principio, buscó en ellos la diplopia, hallándola en la mayoría ó faltándole en los menos de ellos. En estos casos, ó bien admitió que se trataba de una excepción en la que la estereovisión se lograba por medios distintos substancialmente de la diplopia preestereoscópica, ó se apoyó en ellas para defender su tesis de la «virtualización» previa. En el estereoscopio de Wheatstone la diplopia no existe ni puede existir por la sencilla y poderosa razón que la inclinación de los espejos no permite que un ojo vea más estereogramas que el de su lado y nunca puede ser el del lado opuesto. Esta sencilla razón no se le ocurrió á Parinaud, y entonces justificó la falta de diplopia en estos casos por la razón siguiente:

«La diplopia tiene por único objeto «virtualizar» la imagen. La imagen refleja que observamos en un espejo es ya virtual por sí misma, luego la diplopia en este caso es inútil.»

Tomamos un estereograma y puesto frente á un espejo plano, sostengámosle apoyado en nuestra frente, de modo que mirando por bajo del cartón estereograma, le veamos reflejado en el espejo. Cada ojo ve, evidentemente, los dos dibujos del estereograma. Hagamos ahora su estereoscopia directa, sin aparato ó su pseudocopia si ésta resulta más fácil y veremos que junto á la imagen central *restituida* están las otras dos imágenes diplopicas *parásitas*.

En este caso todo es virtual... y, sin embargo, hay diplopia.

La diplopia no es esencial, ni necesaria para la estereoscopia; es una circunstancia accidental parásita que por dificultar algo la visión estereoscópica ordinaria está impedida y evitada en los dispositivos estereoscópicos ordinarios.

Hay numerosos casos de estereovisión en los que no hay ni puede percibirse diplopia ninguna. El moestereoscopio de Llandet; los de Dravin de prisma ó espejo inversor; los de Brewster de igual mecanismo; la estereoscopia por aberración cromática de Einthoven; la modernísima de Pullfrich y tantos otros dispositivos á los que no hay diplopia, ó en los que ésta existe y se trata de imágenes catópticas.

La pretendida virtualidad de Parinaud existe evidentemente en todo lo que vemos; ya que nuestra percepción exteriorizada, no es el objeto visto, sino su imagen.

Por otra parte, todo lo sensible es virtual en tanto que es sensible.

Dr. Márquez.—Insiste en que si bien no es en muchos casos necesaria la diplopia, existe en otros muchos.

Es exacto que la diplopia existe en la estereoscopia. Lo que nosotros afirmamos es que no es esencial, que es por el contrario parásita y que no tiene á su cargo ninguna «virtualización».

Por otra parte, la diplopia existe en la visión normal y se estudia desde la remota fecha del siglo XI en que la demostró Alhazen.

B) Unos trabajos del profesor Enjalvan, publicados en la *Revue Philosophique de la France*, que motivaron una rectificación que de sus conclusiones publicamos en *Arch. de Oftalmología* con el título «La experiencia de Wheatstone» y más comunicaciones que presentamos al Congreso de Oftalmolo-

gía en Bilbao, nos han servido de base para el desarrollo de la presente comunicación.

Enjalvan asimila la frontalidad á la correspondencia binoculiana y el escorzo ó relieve á la disparidad.

Nosotros hemos hecho una experiencia, cuyo análisis rápido es el siguiente:

Fundamento teórico.—Tres puntos equidistantes situados sobre la misma horizontal en un plano frontal al observador, mientras éste fija binocularmente el del centro, determinan dos segmentos lineales iguales. El segmento izquierdo debe ser visto, según un ángulo mayor por el ojo izquierdo y menor por el derecho. Lo contrario ocurrirá con el segmento de recho.

Ángulos desiguales implican necesariamente imágenes diáparas en retina. La frontalidad en la visión de cerca, no sólo no supone la correspondencia de las imágenes, sino su disparidad.

Si los puntos contenidos en el plano frontal—que es el de fijación en este caso—son vistos con imágenes correspondientes, nunca podrán dar origen á diplopia.

Experiencia.—En una pantalla que observamos situada frontalmente á nosotros, se han practicado un orificio y una hendidura, que pueden iluminarse intensamente por detrás de la pantalla, de modo que sean bien visibles.

El observador tiene por delante de uno de sus ojos un vidrio coloreado para mejor percibir el dedoblamiento de la imagen, caso de producirse éste. Orificio y hendidura están bastante próximos (unos 3 ó 4 centímetros) y la pantalla está á unos 12 centímetros del observador. Si desplazamos frontalmente la pantalla, fijando siempre el orificio, la hendidura se duplica y se presenta en imágenes diplopicas, cuyo sentido (directo ó cruzado) depende de la dirección del desplazamiento y del ojo que tiene el vidrio coloreado.

Aquellos lectores para quienes los esquemas de óptica fisiológica sean familiares pueden trazar el círculo horóptero y se darán cuenta de que la experiencia se explica plenamente, si aceptamos que la proyección se hace sobre dicho círculo. (Suponiendo el caso más sencillo, ya que este círculo se cambia en un «toro» con los movimientos y termina en la curva de segundo grado de Helmholtz.)

Estos comentarios nos llevan á plantear una cuestión fundamental. ¿Tiene el horóptero una realidad fisiológica? ¿Es una solución determinada por factores sensibles?

En nuestra opinión, no; y lo declaramos con especial satisfacción ya que en otra ocasión, y por defecto, sin duda, de exposición, nuestros comentarios que no aspiran nunca á salir del terreno fisiológico, fueron estudiados como puramente matemáticos.

Esquemáticamente el horóptero es para nosotros: «El lugar geométrico donde estarán situados los puntos visibles capaces de producir imágenes retinianas homólogas.»

Pero esto no quiere decir que del horóptero tengamos ninguna expresión sensible, que «sintamos» dónde se halla ó que veamos proyectando en él.

Esta diferencia entre horóptero, lugar geométrico de excitantes capaces de producir excitaciones homólogas, y el horóptero superficial de proyección, es esencialísima y substancial.

Un ejemplo aclarará nuestro pensamiento.

Los astros que vemos en el firmamento, están en determinados puntos del espacio. Si elegimos una serie de ellos, estos puntos luminosos están situados en una superficie *ideal* seguramente muy irregular que les va conteniendo á todos. Pero nosotros los vemos situados en una superficie aparente, sensible, más simplificada y que responde á la bóveda del firmamento. Que es bóveda sólo porque así la ven

necesariamente los ojos. De esta superficie aparente tenemos una noción fisiológica. De la otra, de la constituida por los puntos reales donde las estrellas están situadas y de los que parte la luz, sólo podemos tener una representación mental abstracta.

El horóptero es una concepción geométrica que definimos por un cálculo. La superficie de proyección donde vemos ha de ser algo más sensible á cuya percepción llegamos á través de un proceso fisiológico.

Las esferas de Nagel—cuyo estudio no podemos desarrollar aquí—sin que, al contrario, factores puramente fisiológicos en la visión, determinado su radio por la acomodación, convergencia y en su superficie por el campo visual en su orientación por los movimientos oculares y la noción de nuestra posición en el espacio.

Las esferas de Nagel que en la visión lejana vendrían á ser prácticamente una superficie única que podría asimilarse á la Kernflache de Hering, explica plenamente la razón de nuestro diplopia en la experiencia propuesta, sin que sea preciso acudir al horóptero para lograr comprender su sentido. Las consideraciones que de estos hechos se deducen, aclaran, en nuestra opinión, de modo evidente, muchos problemas de la visión binocular; sin que sea posible, en una breve nota, dar cuenta de ellas.

La influencia de la convergencia en la exteriorización es más, en nuestra opinión, valor de orientación angular que de profundidad anteroposterior. Por ella tenemos noción del plano bisector del ángulo de convergencia, el cual es para la visión de más importancia que la altura del triángulo de convergencia, supuesta como base internodal.

Por tanteos de experiencia, hechos por nosotros ó por nuestros antepasados, damos valores especiales al desplazamiento del punto de convergencia, que relacionamos con la noción de nuestra propia persona. Cuando esta especialización sistematizada es distinta para cada ojo, y ambas no se acuerdan entre sí, entonces aunque exista estrabismo no podía haber visión doble, *ni tampoco en muchos casos visión alternante*, sino una forma especial de visión simultánea. Sería muy conveniente no hablar siempre de neutralización en el estrabismo sin diplopia; y le llamamos así porque no aceptamos distintas categorías de estrabismo. En el estrabismo hay un proceso etiológico de motilidad y otro sensorial; aquél puede ser diverso, pero este último es el mismo en todos los casos.

Los ojos no han logrado dar á la percepción consciente valores especiales acordes, y entonces hay el estrabismo concomitante sin diplopia.

La educación ortóptica, ó la técnica quirúrgica que la precede, dan esos valores acordando los movimientos, y comienza á salvarse la visión binocular cuando aparece la diplopia, que no es otra cosa que *el reflejo de una incongruencia percibida*. Para que haya *incongruencia* es preciso que la preceda la noción de un posible acuerdo.

La diplopia patológica no es otra cosa que la rotura súbita de este acuerdo con la percepción inmediata é intolerable de la incongruencia de las sensaciones visuales.

Dr. Márquez.—Efectivamente, la existencia ó no de la diplopia no puede servir para distinguir dos clases diferentes de estrabismo; pues en el llamado concomitante la diplopia existió al principio, y después se fué prescindiendo de la imagen menos precisa, la del ojo desviado; en cambio, en el estrabismo paralítico (ó espasmódico) la diplopia, que apareció bruscamente al romperse la coincidencia de las líneas visuales, desaparece muchas veces después, como en el estrabismo concomitante y muchos casos de éste (como ya lo hizo notar nuestro malogrado amigo el Dr. Antonelli)

comenzaron siendo paralíticos y acabaron siendo concomitantes.

En cambio, en estos últimos una de las fases de su curación en el tratamiento ortóptico está en provocar la diplopia, y más tarde la función de las dos imágenes.

CONFERENCIAS DE ELECTROCARDIOGRAFIA

POR EL

DR. DURÁN ARROM (1)

En el estudio de la arritmia completa, admite el conferenciante, desde el punto de vista diagnóstico y pronóstico, la presencia de tal trastorno con integridad orificial, tal como la arritmia juvenil de Gallavardin. Afirma la benignidad y supervivencia de ésta. Analiza la forma de arritmia completa con lesiones orificiales, cuyo pronóstico hace depender del tono de la fibra cardíaca y la presencia de la taquiarritmia accesional ó permanente.

Estudia, por último, la arritmia completa cuando se presenta con fenómenos marcados de cardioclorosis de pronóstico sombrío. Presenta un sin número de electrocardiogramas en demostración de la tesis. Admite las dos variedades del flutter y de fibrilación auricular. En la segunda parte de la conferencia, analiza formando enfermedad aparte, la enfermedad de Stokes-Adams, íntimamente ligada en lo que atañe en su diferenciación diagnóstica con la bradicardia neuromiocrítica. Estudia de un modo concluyente las distintas pruebas de la atropina, nitrito de amilo, compresión ocular, etc., afirmando pueden diferenciarse estas dos enfermedades hoy en día, de un modo perfecto con el registro eléctrico. Estudia las dos fases de la enfermedad de Stokes-Adams de iniciación, con vértigos, síncope y acceso epiléptico y la fase de compensación cardíaca, estableciéndose dos ritmos, auricular y ventricular, que el registro eléctrico ha puesto tan claramente de manifiesto. Supedita, por último, y aporta casos de observación personal al estado de la fibra cardíaca concomitante, lesión orificial, cardiosclerosis, etc. Por último, en el capítulo de terapéutica, muéstrase sumamente confiado en los resultados que pueden obtenerse de la orientación terapéutica que permite este moderno medio exploratorio.

Bibliografía.

GASTROPATÍAS DE ORIGEN RENAL. ESTUDIO CLÍNICO Y PATOGÉNICO, por el Dr. Juan Raúl Goyena, profesor suplente de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Un tomo de 16 X 24 centímetros, 203 páginas, Buenos Aires, 1924.

El Dr. Goyena, ya conocido por sus estudios sobre hiperpepsia é hipercloruremia, publicados en colaboración con el Dr. Petit, quiso reunir, en una obra de conjunto, todas aquellas alteraciones y afecciones del riñón que pueden influir sobre el estómago, determinando dispepsias consecutivas á nefropatías más ó menos pronunciadas.

Sabido es que el riñón puede influir sobre el estómago por múltiples mecanismos, desde el más sencillo de acción mecánica, en determinados estados patológicos, hasta el de acción sanguínea y nerviosa, ocasionando síntomas ó síndromes gástricos que pueden ser graves y que fácilmente inducen á error al clínico más avisado.

El Dr. Goyena, en su libro, pasa revista á todas las alteraciones y enfermedades del riñón que pueden ser causa

(1) Extracto de la cuarta y última conferencia celebrada el día 29 de Marzo de 1924 en el Instituto de Medicina Práctica.

de gastropatías secundarias. Así, por ejemplo, en el grupo de nefropatías que obran por vía nerviosa, estudia la nefroptosis, la litiasis renal, ciertos tumores del riñón y la hidronefrosis, y entre los estados patológicos del riñón que repercuten sobre el estómago por vía sanguínea, analiza principalmente los síndromes á que da lugar la retención azoada, la clorurada y la impermeabilidad renal completa.

En apoyo de la parte doctrinal, el autor incluye numerosos casos clínicos de observación personal con el detalle de la historia de la enfermedad, exploraciones y tratamiento, procurando así demostrar con cuánta frecuencia se observan en la práctica diaria las dispepsias influidas ó causadas por trastornos del riñón.

El libro del Dr. Goyena es tan útil como oportuno. Estamos asistiendo á una renovación de conceptos patogénicos sobre muchas enfermedades gástricas, que amplían considerablemente el campo de las gastropatías secundarias. Así, para la úlcera gástrica, se atribuye extraordinaria importancia á la apendicitis, al éxtasis intestinal crónico, á la piorrea alveolar y á otras muchas enfermedades que obran sobre el estómago por diferentes mecanismos.

Algún ligero reparo podríamos apuntar cordialmente, tal como la abundancia de galicismos, observada en muchos libros valiosos que se publican en Sudamérica, y las numerosas historias clínicas transcritas, algunas de las cuales no son muy demostrativas de que los síndromes gástricos ó intestinales sean verdaderamente de origen renal.

Por lo demás, la obra del Dr. Goyena merece ser leída por todos los médicos, que con frecuencia están llamados á resolver los más difíciles problemas de diagnóstico interno.

DR. S. CARRO

ESTUDIOS MÉDICO RADIO QUIRÚRGICOS SOBRE EL DUODENO, por los Dres. Pierre Duval, Jean Charles Rux y H. Bédère. Libro de 269 páginas con 127 figuras, editado por Masson et Cie. París.

Este libro tiene la ventaja de la colaboración con que ha sido hecho, pues han intervenido en ella un médico, un cirujano y un radiólogo, colaboración hoy día necesaria, si se quiere producir una labor completa, ya que por la complejidad y extensión de la Ciencia médica es imposible que pueda ser abarcada por una sola persona.

Estos estudios conciernen á puntos nuevos de la patología del duodeno, en número de seis.

1.º, el duodeno en la litiasis biliar; 2.º, la peridudenitis estenosante esencial; 3.º, la compresión crónica de la tercera porción del duodeno por el pedículo mesentérico; 4.º, la duodeno-yeyunostomía; 5.º, los signos radiológicos de la úlcera del bulbo duodenal; 6.º, la intoxicación en la retención duodenal.

El estudio de cada uno de estos capítulos, fruto de la experiencia personal de los autores, va acompañado de multitud de radiografías, fotografías y esquemas explicativos, que aclaran las dudas que su lectura pudiera originar. Como es de suponer, la operación ha permitido interpretar en su debido y justo valor los datos dados por la radiografía, haciendo posible el establecimiento de una semiología á la vez clínica y radiológica, el poder precisar mejor las indicaciones quirúrgicas y comprobar más exactamente los resultados de la operación.

Además, se hallará en este libro nociones nuevas sobre la frecuencia de las deformaciones del duodeno por la vesícula biliar, que constituye un signo indirecto, pero frecuente, de colecistitis, noción que conduce á una terapéutica quirúrgica más racional.

Creemos que este libro ha de ser útil á los especialistas

de aparato digestivo, por la novedad y la exactitud de los datos contenidos en él.

DRES. J. Y S. RATERA

ENFERMEDADES DEL HÍGADO Y DEL PÁNCREAS, por Luis Urrutia.—(De la colección de *Manuales Calpe de Ciencias Médicas*). Un volumen de 608 páginas con 57 figuras y láminas en color.—Precio, 80 pesetas. Calpe (Madrid), 1923.

El capítulo de las enfermedades del hígado y del páncreas ha sido uno de los más continuamente renovados y enriquecidos, entre todos los de la Patología interna, en estos últimos años. En demostración de este aserto, basta recordar solamente los interesantes estudios de que ha sido objeto el síndrome ictericia, sobre todo, á partir del año 1907 por la escuela francesa (Widal, Abrami, Brulé, Lemierre, Gilbert, Chabrol, etc.) y en Alemania, por Aschoff y sus colaboradores; consecuencia de los mismos ha sido el conocimiento más acabado de la patogenia del síndrome y la diferenciación de diversas ictericias, englobadas anteriormente en una denominación común. En cuanto á las enfermedades del páncreas, basta decir que hasta hace algunos años, sólo tenían un interés anatomopatológico, entre otras razones, por creerse casi indistinguibles; y precisamente el avance considerable logrado en este campo de la patología, se debe al descubrimiento de métodos de diagnóstico funcional del órgano, métodos conocidos desde hace pocos años.

El libro del Dr. Urrutia se diferencia esencialmente de los libros españoles anteriores sobre la misma cuestión, por contener estas recientes adquisiciones.

Por lo tanto, sobresalen en él los capítulos correspondientes á las ictericias y examen funcional del páncreas. Resultan, además, por el cuidado con que han sido escritos y por el caudal de experiencia personal que llevan consigo, los relativos á la litiasis biliar, quiste hidatídico y quistes del páncreas. Son dignos de mención, igualmente, los que se ocupan de las cirrosis y del cáncer del hígado.

Por otra parte, la Cirugía ha contribuido en grado bastante notable al progreso de los conocimientos sobre las afecciones hepato pancreáticas y el autor señala debidamente la participación de este arte en la transformación radical de muchas concepciones clásicas de estas enfermedades.

Finalmente, Urrutia demuestra conocer muy á fondo la literatura sobre la cuestión, con la cual su libro resulta notablemente enriquecido.

Las figuras son todas ellas originales.

E. LUENGO

Periódicos médicos.

HIDROLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Influencia esencial de la dilución sanguínea sobre el acceso de gota**, por Laporte y Ronzaud.—Es un hecho bien conocido el que una cura hidromineral, y en particular una cura alcalina mal dirigida, es ocasión frecuente de un ataque de gota. Ello es debido, según los autores, al aumento de la dilución sanguínea que provoca, pues para ellos el elemento etiológico esencial del ataque de gota se halla constituido por el aumento del tenor de agua en la sangre. A este resultado conducen el uso intempestivo de líquidos y las grandes comidas, así como también el frío y el alcohol, probablemente por la congestión renal que provoca la hidremia. En cambio, son de todo el mundo conocidos los efectos saludables de las transpiraciones abundantes y de

las diarreas sobre la gota, las cuales constituyen dos grandes factores de la expoliación del agua de la sangre, con lo que aumenta su viscosidad.

A propósito de la interpretación patogénica de estos hechos, los autores recuerdan que, según (Chaufard, el ácido úrico del plasma sanguíneo es verosíblemente el que interviene en la producción del ataque gotoso. Además, resulta que el ácido úrico del plasma se halla casi todo él en estado libre, mientras que el ácido úrico de los glóbulos sanguíneos se encuentra casi totalmente combinado. De las experiencias de los autores se deduce que la cantidad de ácido úrico contenida en el plasma sanguíneo es tanto mayor cuanto menor es la viscosidad de la sangre, aumentando la cantidad de ácido úrico libre en el plasma á medida que la dilución de la sangre se va haciendo más elevada.

Siempre resultará que, por una parte, es necesario en los gotosos provocar la eliminación del ácido úrico, por lo que resulta lógico someter al enfermo á curas de diuresis. Pero, por otra parte, es preciso no perder de vista que diluyendo la sangre nos exponemos á provocar un acceso de gota en un hipoviscoso.

Así, pues, antes de someter á tratamiento á un gotoso será preciso averiguar el estado de dilución de su sangre, bien midiendo la viscosidad con el viscosímetro de Hess, ó por otro medio cualquiera.

En el hiperuricémico gotoso en estado de hiperviscosidad, una cura de diuresis ó una cura alcalina no corre peligro de acarrear accidentes, y puede, por lo tanto, ser hecha sin precauciones especiales.

En cambio, en el hiperuricémico gotoso de viscosidad normal ó en estado de hipoviscosidad no es conveniente emprender una cura de diuresis sino á condición de la más estrecha vigilancia y después de haber elevado la viscosidad de su sangre para evitarle los ataques dolorosos.

Nos será fácil aumentar la viscosidad de la sangre por medio de un régimen seco é hiperazucarado y por medio de los laxantes. Esta es la única manera de evitar una crisis en el curso de una cura hidromineral, y también la mejor manera de intervenir rápidamente en un acceso de gota. Pero hay que advertir que este régimen hiperviscosante se dirige contra el accidente y no contra la gota misma. El tratamiento de la gota y el del acceso de gota propiamente dicho se oponen el uno al otro desde ciertos puntos de vista. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, de París, núm. 3, 31 de Enero de 1924.)—T. R. Y.

BACTERIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. De la patogenia del cólera (7.^a Memoria): Vías de penetración y de salida de los vibriones coléricos en el organismo animal, por el profesor G. Sanarelli.—En los conejos, así como en los cobayas adultos, los vibriones inyectados en el peritoneo pasan rápidamente á la sangre circulante, llegando al cabo de muy corto tiempo á las paredes intestinales. La excreción de los vibriones por el intestino comienza también en el conejo algunos minutos después solamente de la introducción de vibriones en el peritoneo. Cesa al mismo tiempo que la presencia de vibriones en la sangre y después de su desaparición completa del peritoneo. Esta desaparición se verifica, en la mayor parte de los casos, al cabo de dos horas: excepcionalmente los vibriones se pueden encontrar más largo tiempo en el peritoneo. La excreción de vibriones por el intestino se detiene de ordinario hacia las doce horas, pero algunas veces puede prolongarse igualmente durante varios días. El contenido gá-

trico del cobaya y del conejo adultos posee un grado tal de acidez y de poder bactericida, que mata los vibriones en dos minutos. El estómago de estos animales no permite, pues, el paso hasta el intestino de los vibriones administrados por la boca. Los vibriones coléricos diseminados en la mucosa bucal del conejo adulto pueden atravesar el revestimiento epitelial, y, por la circulación linfática ó por la circulación general, pueden llegar á las paredes del intestino. Este paso se cumple ciertamente con una gran lentitud, con algunas irregularidades y en proporciones bastante débiles. Los vibriones, sin embargo, pueden llegar por la circulación general á las paredes del intestino, particularmente de los últimos segmentos, á partir de las veinticuatro horas de la contaminación bucal. Llegados de esta manera al intestino, los vibriones que vienen de la boca se encuentran todavía en estado de provocar en el aparato digestivo y renal del conejo adulto alteraciones más ó menos graves de marcha crónica, que conducen á veces á la muerte con el cuadro anatomopatológico de la caquexia intestinal. Para poner en evidencia en el conejo adulto la permeabilidad de la mucosa bucal á los microbios del cólera, conviene emplear cultivos viejos; es decir, ricos en formas esferoidales. Estas, en efecto, se muestran más resistentes frente á la acción destructora de las células y de los líquidos orgánicos, lo mismo que lo son frente á la acción del calor (Stassano). Esta permeabilidad de la mucosa bucal á los microbios aparece todavía más evidente, empleando el bacilo piocianico, que es más patógeno para el conejo que el vibrion del cólera. También la mucosa nasofaríngea del cobaya y del conejo adulto es permeable á los vibriones coléricos, y todavía más que la mucosa bucal. Se puede comprobar la invasión de la sangre quince minutos después de la insuflación nasal de los vibriones. Estas insuflaciones nasales provocan á menudo una pérdida de peso del cuerpo, y las lesiones crónicas que producen en el intestino y en el riñón son igualmente capaces de producir la muerte. Las insuflaciones nasales de los vibriones provocan también una pérdida de peso en el cobaya, y á veces la muerte con el concurso de microbios de infecciones secundarias. Después de insuflaciones repetidas de vibriones en la cavidad nasal del conejo adulto, el suero sanguíneo adquiere en estos animales rápidamente un poder de aglutinación elevado, prueba evidente del paso en la sangre de los vibriones y de su proteido. Los mismos resultados se obtienen después de insuflaciones nasales del bacilo tífico. En el conejo adulto, la superficie mucosa de las vías respiratorias es fácilmente permeable á los vibriones. Se pueden comprobar los vibriones en la sangre á los quince minutos después de su inyección endotraqueal. De la sangre los vibriones pasan, como de ordinario, á los diferentes órganos; en la mucosa bucal, una hora después. A las paredes del tubo digestivo llegan á las seis horas. Desaparecen del aparato respiratorio en general á las doce horas. Pero á veces la desaparición de los vibriones de los pulmones es todavía más rápida. En algunos casos los conejos mueren de caquexia gastrointestinal, asociada á la nefritis. Lesiones crónicas del aparato digestivo y la muerte por marasmo pueden producirse todavía á consecuencia de inyecciones de vibriones muertos en la tráquea. El paso de los vibriones del aparato respiratorio á la sangre se cumple, sobre todo, por la intervención de los fagocitos (grandes y pequeños macrófagos, mononucleares y leucocitos polinucleares de origen vascular). Estas células invaden rápidamente la mucosa de la tráquea y de los pulmones, se apoderan con una gran rapidez de los vibriones que se encuentran allí, y por los capilares linfáticos y las dilataciones lacunares de las paredes de los alvéolos, los

llevar a la circulación general. Allí se los puede sorprender en abundancia. Por el aparato circulatorio los vibriones son transportados a las paredes intestinales, y vertidos al fin en el contenido del tubo digestivo. En los conejos adultos que mueren tardíamente de caquexia intestinal, producida por los vibriones inyectados en el peritoneo, en la nariz ó en la tráquea, ó bien administrados por vía bucal, no se encuentran en general ya vibriones. Sólo excepcionalmente se pueden encontrar los vibriones en la vesícula biliar, en la que se establecen con una cierta facilidad. Pero en el conejo caquéctico la muerte ocurre á menudo más bien por invasiones septicémicas. La inyección directa de vibriones vivos ó muertos en el espesor de las paredes intestinales del conejo sólo engendra la muerte muy tarde, por marasmo ó caquexia intestinal; estados morbosos asociados á menudo á infecciones secundarias por bacilos piógenos ó por *B. coli*. Por el contrario, es más grave la inyección directa de los vibriones en el espesor del tejido linfóide de las placas de Peyer, del apéndice y del *sacculus rotundus*. En este caso la muerte de los animales puede tener lugar muy poco tiempo después (doce, diez y seis, diez y ocho horas), ó bien varios días después. Se aprecia en la autopsia un proceso entérico muy agudo, subagudo ó crónico, que interesa á todo el intestino. Con frecuencia también se observa la lesión renal típica con albuminuria. Los vibriones inyectados á dosis convenientes en el espesor de los órganos linfáticos mayores del intestino (placas de Peyer, *sacculus*) del conejo, se esparcen inmediatamente, en gran cantidad, á lo largo de las paredes del tubo digestivo y en la sangre, hasta llegar á la cavidad bucal y la vesícula biliar, produciendo una enteritis con descamación difusa muy grave y mortal. En este caso se puede comprobar la presencia de los vibriones á lo largo de todo el contenido del tubo digestivo, así como en las paredes del estómago. Cuando la muerte sobreviene tardíamente, se encuentra en la autopsia el cuadro habitual de la caquexia intestinal, que favorece, pronto ó tarde, el desencadenamiento de una de las habituales infecciones secundarias. (*Annal. de l'Inst. Pasteur*, Abril de 1923, pág. 364.)—E. LUENGO.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Sobre la escarlatina experimental, por la doctora M. B. Sindoni.**—En los conejos jóvenes se puede provocar mediante la inoculación endovenosa de sangre de escarlatinosos durante la enfermedad, una forma morbosa muy semejante á la escarlatina humana, caracterizada por adelgazamiento, anorexia, enrojecimiento de la piel, leucocitosis y, á veces, muerte. De la sangre del corazón de estos animales se aísla en cultivo puro, en el período agudo de la enfermedad, un microorganismo igual al que se aísla de la sangre de enfermos de escarlatina y el mismo microorganismo se encuentra microscópicamente en el hígado, en el riñón y en el bazo de los conejos muertos. La inoculación en conejos jóvenes por vía intravenosa de razas de cultivo humano, no excesivamente viejas (de la 1.^a á la 10.^a generación) de los gérmenes de la escarlatina provoca una forma morbosa perfectamente idéntica á la provocada por la sangre de escarlatinosos. En cambio, la inoculación de cultivos conservados mucho tiempo en el laboratorio y atenuados por numerosos pases, no produce apreciables manifestaciones clínicas, pero se aísla el germen de la sangre de los animales inoculados. En el suero de la sangre de estos animales experimentalmente infectados con sangre de escarlatinosos ó con cultivos, aunque no existan ma-

nifestaciones clínicas, se demuestran aglutininas, opsoninas, amboceptores específicos para los gérmenes de la escarlatina; también se demuestran los amboceptores específicos frente al antiguo preparado con escamas de escarlatinosos. En los animales experimentalmente infectados con sangre ó con cultivos, la inyección intravenosa de suero sanguíneo de convalecientes de escarlatina detiene los fenómenos morbosos y conduce rápidamente á la curación. Efectos análogos produce el uso intravenoso de vacunas preparadas con los gérmenes cultivados de la escarlatina. Estos resultados representan una valiosa contribución á la demostración de la especificidad del germen aislado primero por Di Cristina y luego por la autora, y orientan hacia la terapéutica específica de la enfermedad. Acompaña al trabajo una microfotografía. (*Rinascenza medica*, núm. 5, 1 de Marzo de 1924.)—E. LUENGO.

PEDIATRIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Algunos errores que conviene evitar en la práctica diaria en lo que hace referencia á los niños de pecho y especialmente á su dietética, por el Dr. Georges Schreiber.**—El autor va razonando en este artículo separadamente cada uno de los preceptos siguientes:

- 1.º No concedáis vuestro asentimiento bajo ningún pretexto para la separación prematura de una madre y de su hijo.
- 2.º No facilitéis demasiado pronto la colocación de un niño en las casas de lactancia.
- 3.º No deis á los niños leche demasiado aguada.
- 4.º No alimentéis á los niños desde el nacimiento con harina lacteada ni productos similares.
- 5.º Considerad á la leche sobrecalentada homogeneizada como una buena leche... pero med camentosa.
- 6.º No abuséis de la dieta hídrica.
- 7.º Desconfiad en el verano de la leche de vaca natural.
- 8.º No vacunéis nunca á un niño atacado de eczema ó de impétigo.
- 9.º No recomendéis los baños para tratar el eczema.
10. No prescribáis los baños de flor de tila.
11. No abuséis de la ca. aplasma sinapizada.
12. No abuséis de las lavativas en las enteritis. (*Le Concours Medical*, núm. 11 bis, 19 de Marzo de 1924.)—T. R. Y.

RADIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El bromuro de estroncio como medio de contraste en radiografía, por el Dr. E. Merck.**—Se aconseja recientemente inyectar bromuro de estroncio por vía vascular para poner de manifiesto los vasos inyectados en la radiografía. Como quiera que con frecuencia se encargan á las boticas las soluciones de la sal de estroncio para su preparación extemporánea, conviene que advirtamos que estas sales de estroncio suelen estar mezcladas con una cantidad mayor ó menor de sales de bario. Sabido es que todas las sales solubles de barita son tóxicas, por lo que conviene probar si contiene bario cualquier solución de bromuro de estroncio que se destine á la inyección. La determinación se hace de la manera siguiente: A una solución de bromuro de estroncio (5 gramos) en agua (100 c. c.) se añaden 5 c. c. de una solución en la misma proporción (5 por 100) de crotonato neutro de potasio. En el plazo de una hora no se debe producir precipitación alguna. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 28 de Marzo de 1924.)

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — Relaciones históricas de la Medicina española con la italiana, por el Dr. Nicasio Mariscal. — Radiotelefonema penalista del Profesor Ogram. — Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Sedisal. — La Semana Antituberculosa. — Agasajo familiar. — Sección oficial: Presidencia del Directorio militar. — Gobernación. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Fiestas y agasajos. — Momento de espera.

Desde el día mismo de la salida de nuestro último número, esto es, desde el día 7 del actual, Madrid ha vivido un período de anormalidad en su vida oficial y aun en la ordinaria. La llegada del Rey de Italia, de su esposa y del príncipe heredero con el séquito que les acompaña y su permanencia en la Corte hasta el día 11 inclusive, determinó una suspensión en la labor de los Centros administrativos y gubernativos y una distracción constantemente solicitada por los festejos y diversiones, aun en las personas más ajenas a la vida oficial y pública.

Muchas son las ocasiones en que reyes, príncipes y jefes de Estado nos honran con sus venidas solemnes y aun más las en que nos visitan de *incógnito*; pero nunca hemos visto que la masa general de la población haya tomado una parte tan activa en el anhelo de demostración de simpatía a la representación de un pueblo hermano, como ahora la ha mostrado Madrid ante el símbolo representativo y efectivo de la nación italiana personalizada en su Rey. Las muchedumbres que a su paso se han apiñado a su llegada y en cada uno de los actos en que les ha sido dado tomar parte, han podido manifestar más que los festejos preparados y que las solemnidades protocolarias, la verdad de nuestro afecto hacia la nación hermana en la que siempre hemos sentido la sangre de nuestra sangre, la participación en nuestras glorias bélicas, como en Pavía y Lepanto, la gloria de nuestros descubrimientos científicos en América, de nuestras glorias filosóficas en Séneca, maestro de emperadores y moralista excelso por todo el mundo acatado, la fama de nuestros poetas en Lucano y Marcial y, en fin, la participación en las persecuciones y luchas políticas que simultáneamente hemos sufrido y que simultáneamente habremos de olvidar.

Al querer saludar de un modo eficaz a la nación italiana y a su augusto Monarca que la representa, no creemos poder emplear modo más eficaz que el del recuerdo de las relaciones médicas científicas

que siempre han existido entre ambos pueblos, y para ello ninguna fórmula mejor podemos escoger que la publicación del erudito trabajo que el señor Mariscal nos ha escrito en esta simpática ocasión.

Inútil es decir que en realidad nada nuevo tenemos que comunicar a nuestros lectores para poder satisfacer la justa expectación que de día en día se aumenta ante la apremiante fecha de publicarse los presupuestos del Estado y quizás también los reglamentos de acoplamiento de los servicios sanitarios y de asistencia benéfica, adaptados al nuevo estatuto municipal.

Creemos que esta espera ha de durar ya poco y entonces podremos con la lealtad, la mesura y el convencimiento con que siempre procuramos proceder, dar opiniones que sobre estos asuntos se nos piden y que por ahora serían ociosas y prematuras, dado que lo que nosotros queremos y estimamos como mejor, dicho está con tanta repetición como firmeza y en cada número lo publicamos como programa al que somos, hemos sido y seremos leales; y en cuanto a adelantar juicios sin documentación ni información bastante para ello, nos parece tarea baldía y poco oportuna dadas las especiales condiciones que atravesamos.

DECIO CARLAN

Relaciones históricas de la Medicina española con la italiana

POR EL

DR. NICASIO MARISCAL

I

Mi muy querido amigo é ilustre presidente de Academia, el Dr. Cortezo, me pone en el mismo aprieto con su amable encargo de que escriba este artículo, sin tiempo para pensarlo y coordinar sus partes, que el en que ponía aquella dama, indudablemente hermosa, del siglo XVI — pues el que llamó Cervantes «Monstruo de la Naturaleza» era persona de buen gusto, *malgré* su tonsura, — a Frey Lope Félix de Vega Carpio, cuando le ordenaba escribir el soneto aquel cuyo primer verso era el famoso endecasílabo de

«Un soneto me manda hacer Violante».

Mas como él, y sin darme cuenta, ya he dado principio

al artículo, y si como opinaba nuestro Séneca, y el divino Horacio, *dimidium facti, qui coepit, habet*, más que principiándolo, estoy ya á la mitad, pues tal reza la sentencia latina con que mi prosa decoro, ó lo que es igual en buen romance: «que trabajo que se empieza está á medio concluir».

Cuánto y cuánto se podría escribir acerca de las relaciones que han existido en todo tiempo entre las dos penínsulas latinas, lo mismo científicas que políticas, lo mismo artísticas que literarias.

Sin traer á cuento, por estar todavía en el terreno de las conjeturas y de las hipótesis, si la raza celta arribó primero á nuestras playas y de aquí pasó á Italia, y de origen español fueron, por lo tanto, los sicanos y los sículos, que poblaron Sicilia, la hermosa Trinacria (hoy Sicilia), llamada así por los griegos á causa de sus tres famosos promontorios, y los «oscos» de la Campania y del Lacio, ó sea la raza itálica primitiva (1). Limitándonos á tiempos ya plenamente históricos, á la época hispano romana, España formó la provincia más rica, poblada y civilizada de la república y el imperio romanos, y tal debía ser el ingenio y la agudeza de sus naturales, que en seguida se incorporaron á la civilización latina, y el primer cónsul extranjero que hubo en Roma, fué un caballero gaditano, Lucio Cornelio Balbo, del que se lee en Plinio el Mayor que obtuvo los honores del triunfo por haber subyugado á los «garamantas», formidable pueblo del interior de África ó Libia, según entonces se decía—ya se ve si son verdaderamente seculares nuestras guerras con los moros, pues esto ocurrió medio siglo antes de la venida de Cristo. Cicerón tuvo que defenderle ante el Senado romano—también son antiguos los descontentos y las envidias—(2), y, cosa muy notable, refiere de él Nebrija que hablaba correctamente el latín, pero que cecaseaba al hacerlo, como hacen ahora los andaluces, lo cual excitaba la hulla de los romanos. Mirad, pues, si es antiguo el ceceo en Andalucía, que entonces se llamaba Bética. ¿Lo llevará la tierra?

El primer emperador extranjero que sus provincias dieron á Roma, también fué español, y no fué uno sólo, sino varios los que les dimos y, entre ellos, el modelo de reyes y emperadores, Trajano, el italicense, como si dijéramos el sevillano.

Poetas, filósofos, historiadores, formaron legión los que brotaron de nuestro suelo y fueron á Roma en noble emulación de su talento y su ingenio; y qué nombres registra de entre ellos la historia de la literatura latina: Marcial, Lucano, Silio Itálico, Séneca, Quintiliano, Columela..., no acabaríamos si tratáramos de enumerarlos todos.

España fué la última provincia que permaneció fiel á la metrópoli, á la madre Italia, y ya arrancada violentamente

de su regazo por aquella espantosa irrupción de los pueblos bárbaros, conservó durante siglos todavía su lengua, sus costumbres, sus leyes, hasta el nombre de romanos, pues eso quería decir la palabra *rumi* con que designaban los árabes á los cristianos españoles.

Por eso, cuando, andando el tiempo, la triste Italia, pobre, dividida, débil—siempre la flaqueza en los pueblos ha sido la consecuencia de su desunión, de sus rivalidades—tuvo necesidad de acudir á alguien que la defendiese de sus inicuos opresores los franceses, á España volvieron los ojos, y de aquí partieron mis bravos antepasados, los aragoneses, que acaudillados por uno de los reyes más insignes que ha tenido la raza hispánica, por D. Pedro III el Grande, les libraron en poco tiempo de la feroz rapiña gala, tan petulante y soberbia cuando iban conducidos por Breno, el del *vae victis*, como entonces que los capitaneaba el cruel y sanguinario Carlos de Anjou; y como á la dura opresión de éste y sus sicarios sucedió el blando y liberal gobierno de los aragoneses, se compenetraron y amaron de tal manera ambos pueblos, que fué necesario que viniera á España una extranjera dinastía de la misma estirpe que el odioso Anjou, para que, volviendo á dividir en pequeños Estados la hermosa y amada Italia, á fin de dotar con ellos á los hijos de una reina vanidosa y casquivana, perdiésemos para siempre aquellas ricas provincias, durante tantos siglos carne de nuestra carne y sangre de nuestra sangre. Aún hoy son allí comunes los apellidos españoles y conservan nuestros nombres en calles y plazas, del mismo modo que en España, principalmente en Aragón, subsisten muchos apellidos de procedencia italiana.

Por eso cuando en ese día espléndido del sábado, tan distinto de aquel otro crudo día del invierno de 1871, en que, en una mañana glacial, cubierto el suelo de espesa capa de nieve, llegaba á Madrid, para sentarse en el solio de San Fernando, un príncipe italiano de noble y caballerosa estirpe, entrada y recibimiento fríos, tan fríos como la temperatura ambiente, que presencié, de poco más de dos lustros, con otros varios compañeros de colegio, en el Salón del Prado, acompañados por un viejo profesor inválido de la primera guerra civil...; cuando en ese día, no vernal, sino estival, del estío madrileño, luminoso, claro y ardiente, vi, de lejos, avanzar la brillante comitiva de los reyes de la nación hermana, y la alegría en todos los rostros y el aplauso en todas las manos y los vítores en todas las gargantas, qué mundo de reflexiones y de recuerdos no brotó en mi cerebro de sexagenario, amargado por las luchas de la vida, enfriado por la nieve de los años, con el renunciamiento individual de toda ambición, de toda esperanza, de toda alegría; pero firme en su creencia arraigada de que nuestra raza no puede sucumbir, de que la esperan largos años de resurrección y de gloria, pues la estela que el genio latino ha dejado en los anales del mundo es demasiado profunda para que se borre; y, entre otros recuerdos que el fausto acontecimiento me traía, aparecía insistente el contraste, el de lo mal que se compadecía tanto entusiasmo con la frialdad, con la indiferencia, con el desprecio con que recibimos á aquel pobre rey D. Amadeo y á aquella santa reina, su esposa, doña María Victoria, tan buenos, tan nobles, tan sencillos.

Pero tuvieron la culpa los que nos educaban, los que enseñaban y dirigían al pueblo. Y en estas malas enseñanzas, coincidían el dómene ó pedante que nos acompañaba á ver la entrada de Amadeo, viejo carlista, ex oficial de Cabrera, inválido del sitio de Morella, y el genio arrebatado, pero tendencioso, de Emilio Castelar. Para nuestro dómene, los Saboyas eran la hez de las monarquías europeas, un harapo di-

(1) Los que así opinan, lo deducen de que en Iberia había una ciudad llamada Sicana de donde procedían los primeros habitantes de Sicilia y que los oscos venían de los oscenses, uno de los 152 pueblos ó castas que formaban la Edetania y tenían por capital á Balduba, después Cesaraugusta y hoy Zaragoza. Lo que es indudable, es que había varias ciudades en nuestra península que se llamaban Oско, una de ellas la actual Huesca.

En un artículo que publica en el número de esta semana de *Los Lunes de El Imparcial* mi antiguo amigo, el culto y brillante escritor Manuel Bueno, veo que también alude á este origen ibérico de dos de los principales pueblos itálicos. Celebro la coincidencia.

(2) Le acusaba de haber faltado á la ley un paisano suyo: «no hay peor cuña, etc»; pero tuvo el honor de que le defendieran en Roma, ante el Senado Pompeyo el Grande, en cuyas filas había servido Balbo con mucho lucimiento, el famoso orador Licinio Craso y Cicerón. Agradecido á este último, después de la derrota y muerte de Pompeyo, consiguió de Julio César, Balbo, todo poderoso bajo la dictadura de aquél, que perdonase á Cicerón, partidario, como es sabido de Pompeyo.

nástico, una gente de poco más ó menos. Para Castelar que, como le dijo Manterola en cierta ocasión, enmendaba la historia á su antojo, los Saboyas solo habían servido para ser lacayos de nuestros reyes. Si hubiéramos sabido entonces toda la gloriosa historia de esa raza heroica y caballeresca, sus entronques con los más poderosos monarcas de la tierra, incluso con Carlos V y Felipe II (1), el buen sentido, la magnanimidad, la integérrima nobleza de su carácter, sensible á todo lo grande, á todo lo justo, á todo lo elevado, otro hubiera sido el juicio que de aquel joven é idealista matrimonio hubiéramos formado, y otro tal vez el curso de la historia de España. Dios lo permitió de otro modo... acatemos sus inescrutables designios.

Pero... contad las cuartillas; van ya diez, y de mi letra flaca y apretada, ya hay materia para un artículo; salí del compromiso... Mas las «relaciones históricas de la medicina española con la italiana», no aparecen por ninguna parte; como los mozos de Illueca (2) me he pasado la noche templando...; ¿qué queréis?, con tanta prisa no he tenido tiempo siquiera ni para ser breve. Cerremos aquí el artículo, y rotulémosle con el signo latino del adjetivo numeral ordinal, I; así está bien y se salió del paso. El que tenga paciencia ó gusto en ello, puede esperar al número del SIGLO de la próxima semana. Tal vez en él se dé satisfacción á su deseo.

Madrid, 10 de Junio de 1924.

Radiotelefonema penalista del profesor Ocam.

Ozetroc, con el talento y la bondad que le caracterizan, ha radiotelefoneado á Madrid la conversación que sostuvimos en el jardín de Luxemburgo á mediados de Mayo.

Hoy radiodifundo yo otra conversación entre ambos interlocutores, y el tema es también penal, tristísimo. De modo que no estoy para *chirigotas* y *pitorreos*, como dicen los castizos de Lavapiés *finolis*. (Obsérvese que conozco mis clásicos... madrileños netos.)

El doctor está triste,
¿Qué tiene el doctor Ócam?

Que el Tribunal correccional de Marsella, en 7 de Mayo último ha condenado por *estafa*, *mediante falsedad*, á siete doctores en Medicina y á un profesor de la Facultad. No digo los nombres porque nada dirían á los lectores españoles... y porque aún pueden *casarse* las sentencias; celebraré que se queden *solteras*, por toda la eternidad, *solteronas ut plurimum*.

Sólo indicaré que los ocho condenados tienen que pagar 3.000 francos de multa cada uno (24.000 en total).—Además, devolver entre todos lo que estafaron al Estado, en cantidades variables de 3.461 francos á 98.732: total 297.623 francos.—Además, 3.600 francos

(1) Se cuenta, no obstante, de una hermana ó hija de Carlos V —no lo recuerdo bien, hace muchos años que lo leí— que casada con un príncipe italiano—tampoco puedo precisar si era con un Saboya ó con un Parma—se sentía tan orgullosa de la noble sangre que corría por sus venas, que cada vez que el príncipe quería pagarle el débito á que como su cónyuge estaba obligado, tenía con anticipación que solicitar permiso para entrar en la alcoba y subir al lecho de la descendiente de los Reyes Católicos.

(2) Creo que fueron los mozos de Illueca los que salieron de ronda y se pasaron toda la noche templando los instrumentos. Si esto ocurrió con los de Lumpiaque, Pinseque ó con los de algún otro pueblo del contorno, que me perdonen los paisanos del celeberrimo papa Luna.

de indemnización por daños y perjuicios á la «Unión federal de los mutilados y heridos de guerra».—Además, prisión de seis meses á dos años.—Además, inhabilitación para el ejercicio de la Medicina durante cuatro, cinco, seis á diez años, según los casos. Y además, cada reo un franco al Sindicato de médicos de Marsella (como pena *moral* y no resarcimiento *pecuniario*). Juntamente con los ocho condenados médicos, tienen con el primero de ellos responsabilidad solidaria otros varios individuos en lo que respecta á una indemnización de daños y perjuicios á la «Unión federal de los combatientes inválidos», en la cuantía de 2.500 francos.

¿Y qué han hecho esos angelitos?, dirán los lectores españoles, principalmente médicos y farmacéuticos. El negocio sucio de los *Carnets médicaux*. En España no puede hacerse... porque no los hay.

Los inválidos de guerra, según ley del 31 de Marzo de 1919, tienen derecho mientras dure la invalidez á una pensión variable entre 240 y 7.000 francos. Juntamente, tienen también derecho á la asistencia médica gratuita (A. M. G.) por cuenta del Estado; los médicos y farmacéuticos todos pueden asistir á esos enfermos, los cuales disponen, para la *justificación de tales servicios por parte de los facultativos*, de unos cuadernos talonarios oficiales: esos cuadernos se llaman *Carnets médicaux*.

Mi sapientísimo y bonísimo amigo el doctor Ozetroc ha dicho (impreso lo he leído), hablando de otro asunto procesal: «Aplicada esta enseñanza (*la de la patología infecciosa*) al individuo moral, podrá la incitación delictiva encontrar en él una resistencia radical, ante la cual no es peligro el ejemplo efectivo ó artificial que ante sus ojos se presente; pero en un individuo predispuesto por los fracasos económicos y sociales, por la *codicia del lucro sin trabajo*, por el vicio *acuciador* y por mil condiciones personales imposibles de *predecir* en cada caso..., no es raro que encuentre primero aplauso en el público, después *inclinación en el predispuesto*, por último, *imitación en los débiles de espíritu* y vigorosos en el delito.»

En efecto, aunque así se explican muchos morbos morales y sociales, resulta muy lastimoso que en profesiones liberales prestigiosas el *industrialismo* y el *mercantilismo* lleguen á contagiar, á infectar gravemente á profesionales de ellas hasta rebajarles á la ínfima categoría del falsario y del estafador vulgares. (¿Hay *estafadores y falsarios distinguidos*? ¡Afirmase que en todas las naciones los hay, aun *archisuperdistinguidísimos*! No afirmo ni niego, ignoro.)

Los profesionales encartados en el proceso de Marsella hacían lo siguiente:

Como los inválidos de guerra entregan una hoja de su talonario oficial (*carnet médico*) á cambio de cada servicio profesional que les preste un facultativo, dichos profesionales inventaron el fraude consistente en buscar por todos los medios esas hojas talonarias médicas oficiales en el mayor número posible, y presentarlas al Tesoro público para que éste les pague servicios que no prestaron á los inválidos excombatientes.

Desde robar algún médico *talonarios enteros* en blanco, hasta quitar varias hojas de un *carpet*, sin que lo note el enfermo, se han hecho muchas estafas con la complicidad entre médicos y farmacéuticos, cobran. do unos y otros al Estado un falso servicio profesional.

Lo más triste del caso es que eso lo han hecho, no ya médicos y farmacéuticos de escasas ganancias en su respectiva carrera, sino hombres que ganan mucho dinero, que son incluso Profesores más ó menos ilustres, en fin, que no necesitan encanallarse (¿existe alguna vez tal necesidad?).

Esos individuos, indignos del título académico respetable que ostentan, merecen lo que han hecho el *Sindicato Médico* y el *Tribunal Correccional* de Marsella: denunciar aquél, procesar y penar éste á quienes harto lo han merecido.

Industrialismo y mercantilismo, en profesiones no industriales ni mercantiles, sino liberales y académicas, no son *delitos* sino graves *inmoralidades* que los mismos Sindicatos deben perseguir. Es fa sear profesiones cuyos miembros entran como caballeros en los domicilios de pobres y ricos, sin distinción en el trato que den á unos y otros, sin considerar como único ó predominante fin el lucro, ni siquiera el más legítimo. Hay otros fines muy superiores.

Del industrialismo y mercantilismo, *meras inmoralidades en los facultativos* (no inmoralidad en industriales y mercaderes) puede fácilmente llegarse á la *delincuencia vulgar*.

El ser delincuente no tiene nada que ver con industria, comercio, medicina, farmacia, abogacía, etcétera; sólo depende de lo que ha dicho muy bien (en otro asunto) mi bonísimo y sapientísimo amigo Oze-troc.—No hay que confundir.

En cada profesión existen centímanos longimanos para el delito profesional; pero son muchísimos más los hombres á quienes sus dos únicas manos les sirven sólo para hacer caricias ó dar auxilios.

Paris, 12 de Junio.

Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

La Semana Antituberculosa.—En uno de los salones del COLEGIO MÉDICO quedo constituida y en funciones en las postrimerías del próximo pasado mes de Mayo, á estímulos del Real Dispensario de María Cristina, que con tanta competencia como acierto dirige el Dr. Verdes Montenegro.

Ocupada la mesa presidencial por los Dres. Espina, como presidente; Souza, vocal, y Melián, secretario, se da lectura á la lista de representantes, y son por unanimidad designados presidentes honorarios los Dres. Codina, Verdes Montenegro y Palacios, que á su vez asumen la de efectivos de las Secciones de Sanatorios, Dispensarios y Colonias escolares en que respectivamente se subdivide la Asamblea, quedando acordada la reunión al siguiente día para el estudio y ponencias que á la Junta general han de someterse, é integradas estas Secciones por los señores que á continuación se citan:

Fuente de ingresos.—Presidente, Sr. Ferrer; vocales: señores Nicolás Pérez, Polanco, Benito, Sallet, Herranz y Fernández Gómez.

Dispensarios.—Presidente, Sr. Verdes Montenegro; vocales: Sres. Ramírez, Ubeda, Carnicer, Alvarez Sierra, Pérez, Pinilla, Navarro Blasco, Sallet, Borés y Sierra (D. Salvino).

Sanatorios.—Presidente, Sr. Codina; vocales: Sres. Relimpio, Jiménez Encinas, Espina, Huertas, Oavarrieta, Polanco, Ramírez, Pérez, González Gutiérrez, Pinilla, Puerta y Donbrasas; y

Sanatorios marítimos.—Presidente, Sr. Palacios; vocales: Sres. Martín M-néndez, Alvarez Sierra, García Iglesias, Ferrer, Vázquez Lefort, Blanco, Espinosa y Rodríguez Viguri.

El Dr. Espina da la bienvenida á los compañeros que se han impuesto el sacrificio de venir de provincias; elogia el alto ejemplo que todos ofrecen á la consideración del país por su altruismo; los estimula á perseverar en la labor emprendida; abriga la confianza de que llegarán á la meta de sus aspiraciones por los innegables beneficios que á la humanidad en general reportará la lucha antituberculosa bien encauzada y dirigida; encarece la conveniencia de fundamentar sobre sólidas y científicas bases la Profilaxis y organización de los Centros encargados de combatir la terrible dolencia que tantas vidas arrebató en plena juventud; y termina proponiendo la celebración de un Congreso Nacional en que se hagan patentes á la faz del país los beneficios obtenidos por esta Cruzada.

Por aclamación acuerda la Asamblea un voto de gracias al Dr. Espina, que tan acreedor á él se ha hecho por la perseverante y entusiasta labor realizada como director de la lucha contra la tuberculosis; y se da por concluida la sesión inaugural, y en plena actuación las Secciones, que á partir de aquel momento empiezan á cambiar impresiones y agruparse.

No podrían los fisiólogos sustraerse á la natural curiosidad de visitar, invitados al efecto por el Sr. Verdes Montenegro, el pabellón de nueva planta construido con arreglo á los más escrupulosos dictados de la higiene en el Sanatorio de Húmera; y allá se trasladaron en masa recibiendo la grata impresión de ver cómo los servicios están instalados y atendidos, y cómo prestan calor y vida á la institución, S. M. la Reina y personalidades tan esclarecidas como las condesas de Romanones y San Luis, marquesas de Aldama y Muguero y duquesa de la Victoria allí presentes; á todas las que el Sr. Verdes Montenegro tributó en breve y respetuoso discurso el homenaje de gratitud merecida, aprovechando la ocasión de presentar á los por ellos desconocidos Dres. Sallet, Gómez Ferrer y Polanco, directores de los Sanatorios que en Barcelona, Valencia y Santander, prestan su valioso concurso á la magna obra que á todos los allí congregados en tan alto grado apasiona é interesa.

El Dr. Espina encomió la trascendental importancia de la Asamblea cuyas conclusiones elevará al Directorio con la pretensión de organizar y unificar á la perfección los servicios y reglamentación de todos los Dispensarios y Sanatorios de España.

Con todos departieron afablemente la Reina y demás señoras, estimulándoles á seguir laborando en pro de los pobres tuberculosos y cooperar al mayor éxito de la fiesta de la Flor que supone el mayor y más saneado ingreso.

Detenidamente examinado el pabellón que se inaugura con diez habitaciones independientes, dos camas en cada una y un comedor; todo ello bien orientado, soleado, ventilado é instalado, se inició el desfile con las aclamaciones y afectuosísimas demostraciones de adhesión y cariño á la Soberana

y demás significadas señoras, en cuyos semblantes como en los de los demás concurrentes, bien claramente se reflejaba la grata impresión recibida.

Reunida la Asamblea en sesión de clausura bajo la presidencia del director general de Sanidad, el Dr. Espina saluda y da á éste las gracias por la deferente atención de venir á presidir el acto, dándose á segunda lectura á las conclusiones que insertamos en otro lugar.

Terminada su lectura, el director de Sanidad manifiesta no ser posible de primera intención formar juicio de obra tan extensa como meritoria; reconoce, sin embargo, que le ha producido muy buena impresión; ofrece estudiar y favorecer hasta donde pueda las aspiraciones que en ella se condensan; cree que atendidas las más importantes se habrá realizado en la lucha contra la tuberculosis un enorme progreso; habló en términos encomiásticos de la familia Real y demás elementos á cuyas iniciativas y concurso á toda obra meritoria tanto se debe; hace resaltar la obligación en que los Municipios están de coadyuvar á esta lucha, y la conveniencia de que la Sociedad en general colabore en ellas, y con plácemes y frases de aliento á todos termina su discurso y declara clausurada «La Semana Antituberculosa».

CONGRESO NACIONAL DE CIEGOS.—Importancia extraordinaria revistió bajo su peculiar aspecto este Congreso cuya sesión inaugural fué presidida por nuestro ilustre director el Dr. Cortezo que á sus lados tuvo al exministro Sr. Bergamín, Dr. Pulido, Sres. López Núñez, González (D. Anselmo), Moragas y Bodegas y los profesores del Instituto señores Placer, G. Gordo y Lickéfet.

El Sr. Ojeda, secretario, da lectura á una bien escrita Memoria en que prolijamente expone y da cuenta de los trabajos efectuados por el Instituto Nacional en el último curso.

Algunos señores delegados pronuncian discursos en que bien reflejan bajo distintos aspectos y forma la unánime aspiración de redimir al ciego por el trabajo y la protección oficial y social que en justa compensación á su desgracia les es debida.

Designadas las secciones en que para su más pronta y fecunda labor el Congreso se divide, quedan elegidos presidentes para la de «Temas Sociales» el Sr. García Molinas; «Temas generales», Sr. Baños; «Información», Sr. Lickéfet; y «Docente», el Sr. González.

El Dr. Cortezo hondamente emocionado por la inmensidad de la desgracia de que son víctimas los que estima como á compañeros, saluda á éstos afectuosamente; en elocuente período excita á la Sociedad cuyo humanitarismo y buenos sentimientos tantos beneficios podrían reportar á estos desvalidos, iniciando, protegiendo é impulsando cuantos medios á tal fin se creen y sean aprovechables; cita como ejemplos á seguir las artes é industrias que la ciencia moderna indica como accesibles á los inválidos de guerra y por accidentes del trabajo; cree llegado el momento de que se constituya un potente bloque que perseverantemente actúe como salvaguardia de los derechos del ciego interesándose por su acomodo en la escuela, el taller ó cualquiera otra ocupación para que se encuentre capacitado; y no perdiéndole, en suma, de vista en la vejez que por todos los medios imaginables debe procurarse sea tranquila.

El Dr. Cortezo calurosa é insistentemente aplaudido, pudo por fin hacer oír la ritual frase: «Queda abierto el Congreso».

Con el enunciado «El niño ciego» dió el Sr. López Núñez una conferencia en la REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, teniendo á su lado al presidente de ella, Dr. Cortezo, al exministro Sr. Bergamín y al Dr. Pulido.

El Sr. López Núñez comienza su conferencia haciendo un minucioso análisis de los aspectos médico, social y pedagógico, en que el ciego debe ser atendido, orientado y protegido. Enumera las causas productoras de la ceguera, oftalmías purulentas, viruela, tracoma, etc., y los medios profilácticos de que debe rodearse al niño para evitar tan gravísima y transcendental contingencia, la mayor parte de las veces muy justamente imputable á la incuria é incultura de las madres.

Dice que el primer derecho del niño ciego es no serlo, y á tal fin deben enderezarse los asiduos cuidados de los llamados á recibirle á su venida al mundo y ulteriormente tratarle.

Estima como un deber moral y social ineludible la educación, instrucción y adaptación al medio del niño ciego, porque únicamente así podrá hallar el tesoro espiritual que endulce las amarguras de su condición.

Cree que no sólo el Estado, sino la Provincia y el Municipio, están obligados á subvenir á la creación y funcionamiento de Centros docentes de anormales, evitando de esta suerte el bochornoso espectáculo de su abandono y de que sean vilmente tomados como materia de explotación por padres ó parientes desaprensivos.

Hace saber la imposibilidad de que el Instituto Nacional acoja y atienda á los infinitos aspirantes á sus beneficios.

Habla de los progresos por la Ciencia realizados en la readaptación de inválidos y de las múltiples ocupaciones que los ciegos pueden desempeñar, y hasta descollar en ellas, de lo cual son buena prueba músicos eminentes; y termina su discurso abrigando la esperanza de que no ha de transcurrir mucho tiempo sin que los ciegos puedan realizar labores manuales casi en igual número que los videntes.

El Sr. López Núñez fué aplaudido por la concurrencia.

Ultimado ya el trabajo de las Secciones, y establecidas por éstas las conclusiones consiguientes, se procedió á dar cuenta de ellas en la sesión de clausura que en la REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA tuvo lugar bajo la presidencia del Dr. Cortezo, á cuyo lado tomaron asiento dos representantes oficiales de Gobernación y los Sres. Bergamín y Pulido, y en el estrado de honor el Sr. García Molinas, delegados de provincias y profesorado de ambos sexos del Instituto Nacional.

Previo la lectura de las conclusiones (de que por cierto no hemos podido adquirir copia literal á pesar de habernos sido ofrecida), en que se piden al Directorio soluciones de orden médico, social y pedagógico, que á ser atendidas resolverán plenamente el presente y porvenir de los ciegos... el Dr. Pulido, con la elocuencia y galanura que le es característica, hizo de su fraternal amigo el Dr. Cortezo una semblanza tan ajustada á la realidad y á sus merecimientos, que como modelo de su género transcribíamos, si personalmente no afectara al director de esta Revista, por otra parte, sobradamente conocido y consagrado por su larga y brillante actuación en la Ciencia, la Literatura y la Política.

Continúa el Dr. Pulido glosando y comentando con gran acierto las conclusiones y directa intervención con que las relevantes personalidades Bergamín, López Núñez, Moragas, Bodega, García Molinas y otros, han contribuido á la brillantez del Congreso.

Afirma que el factor esencialísimo de él, es la Sanidad,

pues la Naturaleza no crea seres ciegos, y la mayor parte ó todos los que lo son, no lo serían si oportuna y sabiamente fueran protegidos por la higiene.

Juzga de necesidad imprescindible la acción inicial del Estado en pro de los ciegos á quienes no basta la rudimentaria instrucción de los primeros años; sino que es preciso no abandonarlos á su suerte ejerciendo una acción tutelar permanente; concluyendo su discurso con el ahincado ofrecimiento de quedar dispuesto á coadyuvar en cuanto pueda ser á los ciegos beneficioso.

El Sr. Bergamín cuyo interés y conmiseración hacia los ciegos son notorios, recuerda amargado la negativa del Parlamento á la cantidad por él pedida por caridad para el mejoramiento de los anormales, y la inmediata dimisión que en su consecuencia de la cartera de Instrucción pública hiciera; así como el incumplimiento en que está la Ley que previno hubiera una Escuela de anormales en cada Distrito universitario.

Considera las actuales circunstancias como á las más apropiadas á la satisfacción de necesidades y exigencias justas, por la falta de trabas y libertad absoluta en que se mueve el Directorio que por esa misma razón por lo que haga ú omita contrae ante la Historia mayores responsabilidades.

Aconseja, sin embargo, no confiarse sistemáticamente al Estado que no siempre á todas partes puede acudir; sino recurrir á los que llamándose católicos viven indiferentes y tranquilos en la holgura sin acordarse para nada de que en el mundo hay ciegos, desvalidos y necesitados.

Con asombro y pesadumbre oímos anunciar al Sr. Bergamín que este será el último acto político en que intervenga, circunscribiendo en lo sucesivo su actuación al foro y á la cátedra en que están sus únicos medios de subsistencia; y termina asegurando que sea cualquiera su situación saben muy bien los ciegos el carifoso afecto que les profesa.

El Dr. Cortezo pone término al hermoso acto, congratulándose del éxito del Congreso que á las alturas del poder acude con las razonables conclusiones en que puntualiza sus legítimas y atendibles aspiraciones, sacudiendo al propio tiempo á la indiferente conmiseración con que la opinión pública ha venido asistiendo al trascendental problema de la redención del ciego.

Considera necesario no abandonar la campaña que ahora empieza, y cuyos efectos pudieran esfumarse pasado el ruido de los primeros momentos.

Señala á los ciegos las nuevas orientaciones en que sus actividades pueden hallar adecuado empleo, y á cuyas expensas muy bien podrían salir del parasitismo en que hasta aquí han vivido, convirtiéndose en miembros de utilidad manifiesta para el trabajo que en muchos aspectos rendiría tanto provecho como el de los videntes; dando fin á su discurso con un elocuente y sentido período en que pone sus iniciativas y actividades todas al servicio de los ciegos á quienes considera hermanos en la desgracia.

Anuncia que el próximo Congreso de Ciegos tendrá lugar el año venidero en igual fecha en Barcelona, y declara clausurado el presente, en que, como los demás oradores, fué aplaudido hasta el cansancio.

Por la misma razón que las anteriores Asambleas sufrieron aplazamiento, quedan hoy sin publicar las últimas sesiones de la Academia Médico-Quirúrgica y Sociedad Española de Higiene que en el próximo número, Dios mediante, podrán ver nuestros lectores.

SEDISAL.

LA SEMANA ANTITUBERCULOSA

CONCLUSIONES

ORGANIZACIÓN GENERAL

1.º La conferencia estima que convendrá la creación de un organismo nacional, denominado Asociación española para la lucha contra la tuberculosis, cuyo domicilio social se establecerá en la capital de la Nación.

2.º La Asociación tendría por objeto la aplicación y desarrollo de los principios y métodos universales de lucha antituberculosa, con el fin de impulsar por todos los medios las actividades locales, orientarlas en su labor, subvencionarlas en lo que sus medios consientan, servir los intereses de la cultura de la especialidad y establecer con los Poderes públicos, las Corporaciones oficiales y los elementos representativos de fuerzas sociales, las relaciones necesarias para la mejor realización de sus fines.

3.º Los órganos de acción de la Asociación que se propone, estarán constituidos por Juntas locales en los pueblos de 10.000 habitantes en adelante, la función de las cuales abarcará en su totalidad el problema social de la tuberculosis, bien procurando la mejora de la vivienda, la baratura de los alimentos, etc., ó bien realizando propagandas sanitarias, ya, en fin, creando Sanatorios, Dispensarios, etc., y reglamentando sus funciones; ó procurando que las Instituciones que por particulares, Corporaciones ó el mismo Estado se crearan, se adapten al plan general establecido por la Junta, estén en relación íntima, y puedan de este modo cooperar eficazmente á los fines de la Asociación. Se considerará precisa la existencia de Institutos de tuberculosis y de Escuelas de Tiología.

4.º Las Juntas locales recaudarán y administrarán los fondos de que dispongan, procedentes de donativos de Corporaciones oficiales ó particulares, de las distintas fuentes de ingreso en otro lugar mencionadas y atenderán con ellos al sostenimiento de las Instituciones que hayan creado ó de las que se encarguen por convenio con sus fundadores.

5.º Para facilitar su labor, las Juntas locales tendrán dos secciones; una administrativa formada por personas de reconocida autoridad moral, entre las que figurarán representaciones de las Corporaciones oficiales, de las Cámaras de la Propiedad, Industria, Asociaciones obreras, etc.; y una sección técnica formada por los directores de las Instituciones antituberculosas existentes y las que en lo sucesivo se creen, profesores de ellas si fuera preciso, y allí donde no existan, por los médicos que más se hayan significado por sus estudios sobre tuberculosis. A la primera sección corresponde todo lo que se refiere á la recaudación de fondos, la aplicación de los cuales será siempre de acuerdo con las iniciativas de la sección técnica.

6.º En la sección administrativa pueden tener representación las señoras que cooperaran con ello al éxito de los trabajos que á esta sección se encomienden. También pertenecerán de hecho á esta sección las presidentas de los Reales Patronatos hoy existentes, y que seguirán prestando á las Instituciones antituberculosas su apoyo moral y material, y desempeñando además aquellas funciones que la sección técnica pudiera encomendarlas.

7.º En la Junta local de Madrid figurará además el vicepresidente actual de la Comisión permanente.

8.º Las Juntas locales designarán un representante para formar parte del Consejo directivo de la Asociación. El Comité Ejecutivo estará formado por cuatro representantes de

provincias, el representante de Madrid, tres individuos más de la Asociación local de Madrid, designados por la misma, y un representante de la Sanidad Militar. Este Comité residirá en la capital de la Nación.

9.º El Consejo directivo se reunirá al principio todos los años, para renovar sus representantes en el Comité Ejecutivo y proponer el estudio de cuantas cuestiones puedan interesar al desarrollo eficaz de la lucha contra la tuberculosis.

10. Serán funciones esenciales del Comité Ejecutivo:

a) Hacer los estudios y las campañas necesarias para conseguir el máximo desarrollo y eficacia de los medios indirectos de lucha contra la tuberculosis (habitaciones baratas, higiene del taller, pureza de los alimentos, etc.), en su aspecto más general y comprensivo.

b) Señalar las normas actuales de la lucha contra la tuberculosis, subvencionando las organizaciones locales, orientándolas, etc.

c) Establecer una relación efectiva con las Juntas locales, para estar constantemente informada del estado de la lucha y de su eficacia en cada localidad.

d) Mantener el contacto con las organizaciones internacionales de lucha antituberculosa.

e) Convocar las reuniones extraordinarias del Consejo Directivo, que se consideren precisas, bien por el Comité mismo, ó por las Juntas locales.

f) Publicar resúmenes periódicamente de las actividades de las Juntas locales y, por lo tanto, de las actividades de la Organización Nacional.

g) Establecer las relaciones necesarias con el Estado, para obtener del mismo su cooperación económica y en general técnica, para los fines de la Asociación.

11. La Conferencia invita á la Sociedad Española á constituir esta Asociación. Para ella las Juntas locales propondrán para ser admitidos:

1.º Como miembros honorarios, aquellas personas que por su condición social, por los servicios prestados á la lucha ó por su alta participación en la obra sanitaria del Estado, fueran consideradas como tales.

2.º Como miembros protectores, los que hicieren donativos á la Asociación ó se suscribieran á cuotas de 500 pesetas anuales.

3.º Como miembros corporativos, los delegados de las entidades de previsión social (Montepíos, Mutualidades, Entidades Médicas, etc.)

4.º Como miembros asociados, todas cuantas personas quisieran contribuir á la obra antituberculosa pagando cuotas anuales de 25 pesetas; y lo serán por derecho propio los colaboradores directos en la misma (personal de Instituciones antituberculosas).

5.º Como miembros corresponsales, los que lo solicitaran residiendo en el extranjero.

6.º Como socios consultores, las representaciones de diferentes Corporaciones, como la Cruz Roja de Ginebra y similares.

INGRESOS

1.º Creación del seguro especial contra la tuberculosis.

2.º El Estado debe dedicar cuantos recursos sean necesarios para la lucha antituberculosa.

3.º El origen de los recursos debe radicar en el Presupuesto general del Estado, dado el carácter de la lucha, no inferior en importancia á la defensa del territorio.

4.º Si hubiere que dedicar especiales recursos con carácter de tributación indirecta, preferentemente podría destinarse á la lucha, el producto de impuestos que graven cuanto

contribuye á fomentar la tuberculosis, y además la Lotería de Octubre. (Impuestos sobre viviendas insalubres, multas por defraudación en cantidad y adulteración de productos alimenticios, bebidas destiladas, tabaco, etc.).

5.º A ello podría añadirse la creación de una cédula sanitaria, basada tal vez la cuantía de ésta en el lujo.

6.º Las Corporaciones locales deben contribuir á la lucha con sus recursos.

7.º La fiesta de la flor debe celebrarse y sus productos ser aplicados únicamente á la lucha antituberculosa, sin que se autorice por ningún concepto su celebración con otros fines.

DISPENSARIOS

1.º Los Comités locales procurarán, auxiliados por el Central, si fuera preciso, la creación de los Dispensarios antituberculosos en cada localidad necesarios para asegurar el conocimiento de todos los casos de tuberculosis existentes en su jurisdicción. En toda población mayor de 10.000 almas, deben crearse Dispensarios. En los pueblos pequeños se encomienda á los médicos titulares la declaración de los casos.

2.º Estableciendo relaciones con la beneficencia municipal y las Sociedades de asistencia, se facilitará el conocimiento de los casos para que sean reconocidos cuantos individuos se hallen en contacto con ellos y poder adoptar las medidas sanitarias convenientes.

3.º La eficacia de la lucha contra la tuberculosis exige que todas las demás Instituciones antituberculosas existentes, estén con el Dispensario en relación de dependencia sanitaria, notificándole los enfermos que en ellos ingresen, si no han sido dirigidos á ellas por el mismo Dispensario.

4.º Se considera urgente que en todos los hospitales, cualquiera que sea el Centro de que dependan, haya una sala de aislamiento dedicada á los tuberculosos, sin perjuicio de que los Comités locales creen los hospitales-sanatorios dirigidos por médicos especializados, que las circunstancias hagan posible. Todos los hospitales notificarán al Comité local la admisión de un enfermo ó su alta, para que el Dispensario del distrito lo tenga en cuenta en su obra sanitaria.

5.º El Dispensario procurará la educación higiénica, por medio de conferencias, cartillas, etc.; hará la visita domiciliar por los médicos ó las enfermeras-inspectoras, informando al Comité de las condiciones en que el enfermo vive, para que el Comité gestione su remedio; adoptará las medidas higiénicas oportunas y dispondrá el ingreso del enfermo en la Institución que conviniere, y de los que le rodean en las que su situación aconseje. Cuando esto no fuera posible, asegurará la higiene en el domicilio, requiriendo el auxilio de los Centros municipales de desinfección.

6.º Los Dispensarios tendrán consultas de tuberculosis pulmonar y laríngea y de tuberculosis quirúrgicas, y consulta de niños, en la que serán admitidos todos, cualquiera que sea la enfermedad que padezcan, para servir los intereses de la defensa del niño contra la tuberculosis. Respecto de otras especialidades, en los casos en que no cuenten en la localidad con Institutos apropiados, puede el Dispensario recogerlas solamente en su aspecto tuberculoso y sanitario, si así lo estiman conveniente las Juntas locales.

7.º Aquellos enfermos que no puedan ser tratados en los sanatorios, hospitales, etc., podrán ser objeto de tratamiento en los Dispensarios, si son casos adecuados para ello.

8.º El personal técnico del Dispensario será nombrado por el Comité local á propuesta de su sección técnica, entre los individuos que se hayan distinguido por sus estudios

sobre tuberculosis ó hayan realizado estudios en la Escuela de Tisiología.

9.º En las clases pudientes se encomienda la higiene del hogar al médico de cabecera, pero el Dispensario deberá estar siempre informado de las condiciones que rodean al enfermo y la Asamblea estima necesaria la declaración obligatoria.

10. El título de Dispensario antituberculoso no podrá ser utilizado sino por los Institutos benéficos gratuitos, reconocidos oficialmente y que tengan la organización adecuada para realizar su función.

11. Los Dispensarios antituberculosos seguirán siendo considerados como de Beneficencia particular.

SANATORIOS

1.º La iniciativa para fundar un Sanatorio puede partir del Estado, de la Asociación Nacional de la lucha antituberculosa, del Comité local, ó de un particular; y los gastos de la construcción correrán á cargo, según los casos, en parte ó en su totalidad, del Estado, de la Asociación Nacional, de las Regionales, ó de los particulares que en su caso intervengan.

2.º Todo Sanatorio dependerá administrativamente del organismo que le haya creado ó de la Junta que el mismo nombre; y técnicamente del personal médico y muy especialmente de su director.

3.º Cada Sanatorio quedará en completa libertad para fijar su régimen interior administrativa y técnicamente.

4.º El Comité Central con la cooperación del personal técnico, de los Comités locales ó regionales, estará encargado de proponer la clasificación diagnóstica que se debe seguir en todos los Sanatorios para la uniformidad estadística.

5.º Todos los Sanatorios estarán obligados á dar cuenta anual de su labor técnica y estado administrativo al Comité Central y mutuamente se pondrán en relación para cuanto pueda interesar á la buena marcha de la Lucha Antituberculosa.

6.º Se recomienda que todo el personal técnico de los Sanatorios se reclute entre los médicos especializados en la materia, de máxima competencia y honorabilidad profesionales; y se considera como indispensable para que los Sanatorios puedan llenar con más perfección su cometido, la colaboración en los mismos de los especialistas en otorrinolaringología.

7.º Se considera de urgente necesidad la creación de hospitales para tuberculosos pobres y de colonias y talleres especiales, para trasladar á aquéllos, los enfermos graves de los Sanatorios y Dispensarios, y á éstos los enfermos que salgan curados ó mejorados de los mismos.

8.º También se considera de urgente necesidad la creación de Sanatorios y Hospitales por los ramos de Guerra y Marina para los tuberculosos de ambas Instituciones, y la creación de una sección de especialistas del pecho en el Cuerpo de Sanidad Militar.

COLONIAS Y SANATORIOS MARÍTIMOS

1.º Desde el punto de vista de la profilaxia de la primera infancia, se intentará por todos los medios intensificar la propaganda de la lucha antituberculosa, procurando para el tratamiento de los lactantes adaptarlo á los medios locales, y en las ciudades que lo permitan, de acuerdo con las Instituciones de Maternología y Puericultura.

2.º Respecto á la implantación de la Institución Gran-cher en España, así como la creación de Preventorios, Hospitales de aislamiento para niños, etc., la Asociación hará todas las campañas necesarias para fomentar su implantación y desarrollo, haciendo una campaña activa en la escuela,

la, procurando obtener la colaboración de la Inspección médicoescolar y creándola donde no existiese, ofreciendo la colaboración de los Dispensarios con su personal especializado.

3.º La Asociación desearía facilidades de los Poderes, para extender su acción á los asilos, y en general, á todo centro de albergue de niños.

4.º Se fomentará la creación de sanatorios marítimos y de montaña para niños.

5.º Colonias escolares; la permanencia de los niños en estas colonias será de un mínimo de cuarenta y cinco días en verano, y en las estaciones intermedias de dos meses, ofreciendo á los organizadores la colaboración de los Dispensarios para la elección de los niños.

Aislamiento de niños contaminados y no contaminados.

ENFERMERAS

La Asamblea estima indispensable la colaboración de las enfermeras visitadoras, en las distintas actividades de la lucha antituberculosa, y la Asociación intentará por todos los medios que las escuelas actuales de enfermeras sean ampliadas para dar las enseñanzas especiales, en tanto no se pueda fundar una escuela especial de enfermeras visitadoras, para la lucha antituberculosa.

AGASAJO FAMILIAR

El lunes 9 del corriente se celebró en la sala de disección de San Carlos una reunión que no nos atrevemos á llamar ceremonia, porque el carácter distintivo de ella consistió en que no tuvo nada de sabor oficial y ceremonioso y por tanto más ó menos obligado. Se trataba del descubrimiento de una lápida que los alumnos del 2.º curso, ya terminado sus exámenes de Anatomía y de Disección, dedican á su maestro D. Julián de la Villa.

Concurrieron exclusivamente los alumnos, el agasajado y las amistades íntimas de éste. El alumno Sr. Puebla manifestó en breves palabras el agradecimiento de los alumnos por los esfuerzos hechos por su maestro durante los dos años que ha durado la enseñanza y que se manifestaba en aquel acto. También se entregó al Dr. Villa un álbum con las firmas de los alumnos.

El Dr. Villa tomó la palabra á continuación para hacer presente á sus alumnos que él no tenía en todo momento otro deseo que el de serles útil y que se complacía en poner-se á su disposición para cuanto de él pudieran necesitar.

Por nuestra parte felicitamos al ilustre catedrático, no sólo por el agasajo recibido, sino por las causas que le motivaron y que consisten en haber dedicado á la enseñanza muchas más horas de las que el reglamento le exigía y esto de un modo continuado desde el principio de cada curso hasta su final y haber agotado todos los procedimientos teóricos y prácticos para facilitar el estudio, árido de suyo, de la Anatomía, que si por sí misma produce mucho trabajo y pocos beneficios, es indispensable para el conocimiento de la patología á que el médico ha de dedicar toda su actividad.

Sección oficial.

PRESIDENCIA DEL DIRECTORIO MILITAR

A propuesta del jefe del Gobierno, presidente del Directorio militar, y de acuerdo con éste,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Habiéndose cumplido los preceptos establecidos

cidos en la ley de Administración y Contabilidad de la Hacienda pública de 1.º de Julio de 1911 y lo prevenido en el art. 5.º de la de 19 de Marzo de 1922 en el expediente relativo á las obras de construcción del nuevo edificio destinado en esta Corte á Casa de Salud de Santa Cristina y Escuela Especial de Matronas, se aprueba, de conformidad con el dictamen emitido por la Junta facultativa de Construcciones civiles del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes con arreglo al Real decreto de dicho Departamento de 4 de Septiembre de 1908, el presupuesto adicional, importante por contrata 220.259,14 pesetas, redactado por el arquitecto D. Luis de Landecho y Uries, para la terminación de la edificación expresada.

Art. 2.º La mencionada cantidad se abonará con cargo á la consignación del presupuesto vigente del referido Ministerio, capítulo 24, art. 2.º, concepto 1.º, en el ejercicio trimestral de Abril, Mayo y Junio de 1924, autorizado por Real decreto de la Presidencia del Directorio militar de 31 de Marzo último.

Dado en Palacio á 16 de Abril de 1924. — ALFONSO. — El presidente del Directorio militar, *Miguel Primo de Rivera y Orbaneja*. (*Gaceta* del 23 de Abril de 1924)

GOBERNACIÓN

Ilmo. Sr.: Visto el expediente del concurso convocado por Real orden de 13 de Marzo último, anunciado en la *Gaceta* del 15 del mismo mes, para la provisión de las Inspecciones de Sanidad de Cuenca, Guipúzcoa, Huesca, León, Pontevedra, Santander y Tarragona, entre los inspectores en activo, los excedentes del Cuerpo en expectación de destino, así como las que pudieran resultar vacantes con motivo del mismo:

Resultando que dentro del período señalado en la convocatoria han solicitado plaza D. Manuel López Comas, jefe de Negociado de primera clase; D. Gabriel Ferret y Obrador, jefe de Negociado de segunda clase; D. Tomás Peset y Aleixandre, D. Juan Durich Espuñes, D. Aurelio Boned Merchán y D. Emilio Ferragud Folqués, jefes de Negociado de tercera clase; D. Miguel Benzo Cano, oficial de Administración civil de primera clase, y D. José María Cañadas Bueno, opositor aprobado é ingresado en el referido Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad, en expectación de destino:

Resultando que á D. Rafael Fernández y á D. Eugenio Jimeno y Jimeno, inspectores provinciales de Sanidad, en situación de excedencia, les fué concedida por Real orden de 5 del actual la correspondiente autorización para tomar parte en este concurso:

Visto el Reglamento orgánico del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad de 26 de Agosto de 1920:

Considerando que este concurso se ha ajustado á las prescripciones fijadas en la convocatoria, y que se han tenido en cuenta las respectivas peticiones de los concursantes y el número que cada uno ocupa en el escalafón de antigüedad.

S. M. el Rey (q. D. g.), de acuerdo con lo informado por la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad y lo propuesto por esa Dirección general, ha tenido á bien disponer que se apruebe dicho concurso, y en su virtud, que se otorguen los nombramientos siguientes: D. Manuel López Comas, jefe de Negociado de primera clase, inspector de Sanidad de la provincia de Tarragona; D. Gabriel Ferret y Obrador, jefe de Negociado de segunda clase, inspector de Sanidad de la de Baleares; D. Tomás Peset y Aleixandre,

jefe de Negociado de tercera clase, para igual cargo en la de Guipúzcoa; D. Eugenio Jimeno y Jimeno, oficial de primera clase de Administración civil, para igual cargo en la de Navarra; D. Aurelio Boned Merchán, jefe de Negociado de tercera clase, para igual cargo en la de Toledo; D. Emilio Ferragud Folqués, jefe de Negociado de tercera clase, para igual cargo en la de Santander; D. Miguel Benzo Cano, oficial de primera clase de Administración civil, para igual cargo en la de Córdoba, y D. José María Cañadas Bueno, opositor núm. 5 de los aprobados é ingresados en el Cuerpo, inspector de Sanidad de la provincia de Pontevedra, con la categoría de oficial de primera clase de Administración civil.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 14 de Abril de 1924. — El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*. — Señor director general de Sanidad, (*Gaceta* del 15 de Abril de 1924.)

Ilmo. Sr.: Vista la comunicación dirigida á este Ministerio por el presidente del II Congreso Nacional de Ciencias Médicas, que se ha de verificar en Sevilla (en los días 15 al 20 de Octubre del presente año), declarado oficial por Real orden de 30 de Abril último, á fin de que se disponga lo conveniente para que el personal é instituciones dependientes de este Ministerio aporten su cooperación al Congreso y á la adjunta Exposición de Medicina é Higiene, y de conformidad con lo informado por la Dirección general de Sanidad,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Que se invite al Real Consejo de Sanidad y Juntas provinciales de Sanidad, Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, Laboratorios provinciales y municipales, inspectores provinciales de Sanidad, médicos de los Cuerpos de Sanidad exterior, directores y médicos de baños, Comité del cáncer, Comité permanente y demás organismos de la lucha antituberculosa, antivenérea y antipalúdica, para que cooperen con sus comunicaciones al mayor éxito científico del Congreso.

2.º Que se autorice á cuantos deseen asistir al Congreso para trasladarse á Sevilla en dichos días, siempre que no queden desatendidos los servicios; y

3.º Que por la Dirección general de Sanidad se nombre una Comisión que, puesta en comunicación con la especial de la Exposición del Congreso y con los organismos sanitarios dependientes de este Ministerio que deseen concurrir, determine la importancia de este concurso en relación con el local disponible, y forme el presupuesto de instalación para la concesión del crédito correspondiente.

Lo que de Real orden comunico á V. I. para su conocimiento y efectos oportunos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 9 de Mayo de 1924. — El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*. — Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 13 de Mayo de 1924.)

Ilmo. Sr.: Anunciado concurso, con fecha 8 de Abril último, de médicos activos y excedentes del Cuerpo de Sanidad exterior para la provisión del cargo de director médico de la Estación sanitaria del puerto de Tarragona, sus resultas y de todas las plazas que en la actualidad existen vacantes, tales como las de directores médicos de las de los puertos de Mazarrón, Sagunto Canet, Torre Vieja, Santa Cruz de la Palma, El Ferrol, Corcubión, San Esteban de Pravia, Castro Urdiales, Motril, Palamós, La Línea, Ibiza, Denia y Ribadesella; de subdirectores médicos de las de Palma de Mallorca,

ca, Mahón, Cartagena, Huelva y Melilla, y de médicos auxiliares de las de Las Palmas y de Sevilla-Bonanza, con arreglo á lo dispuesto en el art. 14 del vigente Reglamento de Sanidad exterior, modificado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920, dándose un plazo de diez días para la presentación de solicitudes:

Resultando que dentro del plazo marcado en la convocatoria han presentado sus solicitudes D. Luis Ortega Nieto, jefe de Negociado de primera clase; D. Isaac Rodríguez López, D. Medardo Rivera Caño y D. Clemente García Luquero, jefes de Negociado de segunda; D. Manuel Viciano Martí, D. Francisco Borja Martín, D. Teófilo Morató Cárdenas, D. Francisco Aristoy Santo, D. Francisco Fonollá Oliveros y D. Antonio Jiménez García, que lo son de tercera, y D. Federico Beato González, oficial de primera clase, expresando las plazas que cada uno de ellos desea obtener:

Vistos los artículos 14 y 23 del Reglamento vigente de Sanidad exterior, modificado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920; y

Considerando el orden de preferencia establecido en el referido art. 14 del vigente Reglamento del ramo, y teniendo en cuenta el en que los aspirantes solicitan las mencionadas plazas y resultas, objeto del concurso de que se trata,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo informado por el Real Consejo de Sanidad y con lo propuesto por esa Dirección general, se ha servido disponer los siguientes nombramientos:

D. Isaac Rodríguez López subdirector médico de la Estación sanitaria del puerto de Valencia, para el cargo de director médico de la del de Tarragona, con la categoría de jefe de Negociado de segunda clase de Administración civil.

D. Medardo Rivera Caño, director de la de Santander, para igual cargo de la del de Ribadesella, con la misma categoría de jefe de Negociado de segunda clase.

D. Clemente García Luquero, subdirector médico de la de Santander, para el cargo de director médico de la misma Estación sanitaria, con la propia categoría de jefe de Negociado de segunda clase.

D. Manuel Viciano Martí, director médico de la del puerto de Algeciras, para el de subdirector médico de la del de Valencia, con la categoría de jefe de Negociado de tercera clase, y

D. Francisco Fonollá Oliveros, subdirector de la de Sevilla-Bonanza, para igual cargo de la del de Cartagena, con la propia categoría de jefe de Negociado de tercera clase.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 14 de Mayo de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad del Reino. (*Gaceta* del 15 de Mayo de 1924.)

Convocados, previa autorización de la presidencia del Directorio militar, exámenes para el ingreso en el Cuerpo Médico de la Marina civil, con sujeción á las reglas y programa que fueron autorizados por esa Dirección general con fecha 16 de Enero último (*Gaceta* del 17), con objeto de dotar á los barcos de las Compañías Navieras de médicos que reuniesen las condiciones reglamentarias:

Vistas las actas elevadas á este Departamento por los Tribunales constituidos en esta Corte, Barcelona, Cádiz y Vigo para examinar á los aspirantes que han solicitado su ingreso en el citado Cuerpo:

Resultando de dichas actas que ante el Tribunal constituido en esta Corte han sido examinados y aprobados por el mismo: D. Alejandro de Escalada y Resco, D. Roberto Castro

Ruiz, D. Angel Jordana de Pozas, D. Antonio Castillo y de Lucas, D. Eduardo Manuel del Palacio y Chevalier, D. Ramiro Rodríguez Gamboa, D. José Marín Espinosa, D. José Vázquez Linares, D. Angel de M. López Montenegro, don Fernando Espá Cuenca, D. Severiano Bustamante F. de Lucio, D. José Escudero Tellechea, D. Antonio Sanguino Benítez, D. Antonio Molina Ravelto, D. José Fernández Esparza, D. Mannel Martínez de Torres, D. Teófilo Martín Benito, D. Federico Meana Negrete, D. Mario Bustamante Fernández, D. Rafael Lloret Peralt, D. Vicente Ballester y Vidal, D. Pedro Blanco Cañedo, D. Emilio C. Gutiérrez Avila, D. Esteban Gil Miguel, D. José Calmarza Félez, D. Juan Carlos Gomendio Larrañaga, D. Jesús Martínez y M. Villamil, D. Inocente J. Domínguez y Domínguez, D. Alejandro Roca Berlín, D. Rafael Pota Alvarez, D. Victoriano Torres Cañamares, D. José Porcel Zanoguera, D. Angel Luezas Argüello, D. Francisco Domínguez y Martínez y D. Jesús Salvador Elizondo:

Que ante el Tribunal constituido en Barcelona han sido también examinados y aprobados: D. Rafael Roig Hortebach, D. Juan Buñill Canadell, D. Joaquín María Rourera y Plá, don Teodoro Hernandorena y Barandiarán, D. José Sala Alegrí, D. César Riera Marcé, D. José Tarrus Bru, D. José Moltó Santonja, D. Antonio Casals y Baltá, D. Francisco Carbonell Vila y D. Ramón Suriñach y Vidal:

Que ante el de Cádiz fueron asimismo examinados y aprobados: D. José Cirujeda Gayoso, D. Angel Ferrer Cajigal, D. Antonio Bonora Tejada, D. Matías Carrasco Mier, D. Ramón Ventín González, D. Antonio Ruiz Vilches, don Juan Sánchez Carrillo, D. José Jiménez Peña, D. Manuel Marquez Carracedo, D. Antonio Martínez y García Quintana y D. José Jiménez Alfaro; y

Que ante el de Vigo han sido igualmente examinados y aprobados: D. Arturo Carril y Ortega, D. Antonio Velarde Garnica, D. Manuel Vidal Díaz, D. Leoncio Temes Nieto, D. Perfecto Hervella Gómez, D. José Gómez Fernández, D. Luis Suárez Colmenares, D. Ramón Alvarez Novoa, don Vicente Recaredo Rodríguez, D. José Alvarez Novoa, don Miguel Sáez Mon, D. José Alvarez Pereira, D. Ricardo Vázquez Bazones, D. Marciano Tabarés Alvarez, D. José Mosquera Blanco, D. Francisco Esmorós Recaman, D. Alfredo Martínez Arnaud, D. Bernardo Arces Matilla, D. Manuel Martínez Arnaud, D. Alfonso Abelenda Rodríguez, D. Pedro Abelenda Rodríguez, D. Cándido Otero Goday, D. Manuel Vidal Fraga, D. Ceferino Posada Valenzuela, D. José Iglesias Iglesias, D. Antonio Grobas Lago, D. Joaquín Quintas Rodríguez, D. José Cervella Lira, D. Nicolás Fierros Carrera, D. Benito Durán Castillo, D. Marcelino Murias Conde, D. Francisco Amigo López, D. Antonio Piñeiro Pérez y don Marcelino Otero Goday:

Considerando que á varios de los aspirantes á los mencionados exámenes no les ha sido posible presentarse á efectuarlo, por encontrarse navegando en vapores de las Compañías navieras y que por dicha causa no sería justo ni equitativo el que se les librase de efectuarlo,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido por conveniente disponer:

- 1.º Que se declaren individuos del Cuerpo Médico de la Marina civil á los facultativos médicos aprobados que anteriormente se mencionan, y que, desde luego, se les expidan los correspondientes nombramientos, publicándose tal resolución en la *Gaceta de Madrid* y en los *Boletines Oficiales* de las provincias para conocimiento de las Casas navieras y armadoras, á fin de que éstas puedan nombrar los médicos que deban embarcar en los buques de su pertenencia; y
- 2.º Que se declare permanente por espacio de dos meses,

á partir de esta fecha, el Tribunal constituido en Cádiz, á fin de que aquellos aspirantes que por hallarse navegando como médicos de á bordo no les haya sido posible presentarse en las fechas de la pasada convocatoria, puedan examinarse ante el expresado Tribunal, á cuyo efecto queda éste autorizado para admitir solicitudes de los aspirantes que justifiquen encontrarse en dicho caso.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 14 de Mayo de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad del Reino. (*Gaceta* del 15 de Mayo de 1924.)

Ilmo. Sr.: Debiendo constar el Cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad de 65 individuos, según lo prevenido en el art. 2.º del Reglamento de 26 de Agosto de 1920 (*Gaceta* del 10 de Septiembre), en cuyo escalafón de dicho Cuerpo figuran 59 inspectores provinciales, y habiendo sido autorizadas por el Directorio militar, con fecha 9 del actual, la celebración de las oportunas oposiciones para el ingreso en el mencionado Cuerpo,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Que se convoque á oposiciones para la provisión de los seis restantes puestos vacantes en el escalafón del Cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad, entendiéndose que los opositores aprobados y declarados individuos del mismo no podrán quedar de ningún modo en situación de excelente ni en expectación de destino, mientras haya plazas vacantes, á cuyo efecto solicitarán alguna de éstas en el primer concurso, y si no la obtuvieran en éste, en los siguientes á su ingreso en dicho Cuerpo; y

2.º Que dichas oposiciones se efectúen con sujeción á lo que determina el Reglamento y programa, que, autorizados por esa Dirección general, se insertarán en la *Gaceta de Madrid*.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 28 de Mayo de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 1 de Junio de 1924.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,7; ídem mínima, 702,1; temperatura máxima, 32,0; ídem mínima, 17,7; vientos dominantes, OSO. NE.

Siguen manifestándose las complicaciones congestivas, constituyendo lo más importante del carácter de los afectos reinantes. En sus formas agudas han dado lugar á localizaciones cerebrales y hepáticas, así como á hemorragias en iguales órganos y en el árbol respiratorio.

En los niños continúa siendo benigna la coqueluche y ha disminuído algo el sarampión que se venía observando.

Crónicas.

La responsabilidad del cirujano.—Con este título leemos en *Le Journal* del 6 de Junio lo siguiente:

«Un herido de guerra había sufrido una operación de la pierna practicada por el Dr. X., en 1919. Una infección de la herida requirió una nueva intervención y en ésta se puso de manifiesto que la causa de la infección había sido la presen-

cia de un trozo de gasa del apósito puesto, con motivo de la primera operación y olvidado en la herida. El enfermo pidió cuentas al cirujano de este incidente, reclamándole indemnización é intereses ante el Tribunal civil, quien exigió un informe pericial.

Los tres peritos, que fueron los Dres. Broca, Labbé y Rieffel, sacaron en su informe la conclusión de que el cirujano no había cometido falta alguna profesional y que se trataba de un simple accidente ocurrido al cambiar el apósito, que se observa con bastante frecuencia.

Pero el Tribunal no ha admitido esta razón de los peritos, y ha condenado al Dr. X á 10.000 francos de daños é intereses. Las razones que se alegan en el juicio son muy numerosas, pero por lo que se refiere á la responsabilidad que puede corresponder á médicos y cirujanos, dice lo siguiente:

«Resultando que si las cuestiones científicas que se debaten entre doctores no pueden constituir casos de responsabilidad civil y escapan al dominio del examen de los Tribunales, no ocurre lo mismo cuando el hecho reprochado es el resultado de una falta típica por imprudencia, por negligencia grave, por ignorancia de lo que el profesional debe conocer;

«Resultando que sería injusto y peligroso para la sociedad proclamar como principio absoluto que en ningún caso los médicos ni los cirujanos son responsables del ejercicio de su arte...»

Colegio de Huérfanos del Principado de Asturias.—Relación de las primeras huérfanas que han de ingresar en las 50 plazas de niñas ampliadas, según el orden riguroso de fecha de expedientes y teniendo en cuenta la edad, menores de trece años:

Huérfanas de padre y madre: Pilar Gómez Requena, de Soria (nació el 5 de Octubre de 1912); Mercedes Saucedo del Palacio, de Madrid (nació el 25 de Noviembre de 1917); Pilar Zapater Ferrer, de Zaragoza (nació el 1.º de Enero de 1914).

Huérfanas de padre, sin hermanos en el Colegio: Antonia Alvarez Calvo, de Logroño (nació el 17 de Enero de 1918); Raquel Iglesias Carreira, de Segovia (nació el 16 de Octubre de 1916); María del Amparo Cubino Antillo, de Zamora (nació el 4 de Mayo de 1912); Amalia Murciano Sastre, de Málaga (nació el 24 de Junio de 1916); María del Pilar García Mayoral, de Huelva (nació el 15 de Diciembre de 1912); Marina Sánchez Bravo, de Toledo (nació el 11 de Diciembre de 1911); Blanca Riza Yenes, de Madrid (nació el 9 de Diciembre de 1911); Gloria Sáenz Fernández, de Logroño (nació el 12 de Noviembre de 1913); María del Carmen Pastrana Magariños, de Avila (nació el 14 de Julio de 1912); Carmen Sánchez Cuadrado, de Salamanca (nació el 15 de Diciembre de 1911); Pilar Pinar Jiménez, de Madrid (nació el 31 de Diciembre de 1913); Angeles Banzo León, de Navarra (nació el 24 de Abril de 1918); Daria Gutiérrez Sanchez, de Avila (nació el 25 de Octubre de 1915); Modesta Marias García, de Logroño (nació el 11 de Enero de 1917); María Patrocinio Mateo Orespo, de Teruel (nació el 9 de Diciembre de 1912); Concepción Castro Barrant, de Toledo (nació el 22 de Julio de 1916); Elena Dirá Rosell, de Gerona (nació el 23 de Mayo de 1912); Angeles García de la Bidad Suárez, de Guadalajara (nació el 29 de Junio de 1920); Rosario Vela Bueso, de Guadalajara (nació el 28 de Abril de 1915); Josefa Romanos López, de Navarra (nació el 30 de Mayo de 1916); María de Lourdes Pérez Portugal, de Orense (nació el 10 de Octubre de 1918); Luisa Carrillo de Albornoz Trujillo, de Cádiz (nació el 7 de Septiembre de 1911); María Jesús Espinosa Núñez, de Córdoba (nació el 31 de Diciembre de 1914); Teresa Yébenes García, de Badajoz (nació el 31 de Diciembre de 1919); Adela Gutiérrez Gamarrá, de Valladolid (nació el 31 de Mayo de 1917); Clara Ferrín Hernández, de Zaragoza (nació el 12 de Agosto de 1915); Dolores González García, de Murcia (nació el 16 de Marzo de 1919).

Hijas de médico inutilizado y sin madre, sin hermanos en el Colegio: María Pilar Fernández del Pozo Palacios, de Valladolid (nació el 5 de Julio de 1912); María Jesús Rey Villanueva, de Palencia (nació el 1.º de Junio de 1916).

Las 18 plazas restantes se cubrirán, después de un detenido estudio, con huérfanas que ya tengan uno ó más hermanos en el Colegio. El Patronato ha de tener en cuenta para su admisión, además de la antigüedad de la fecha de expediente, la provincia á que pertenezcan y el número de hermanos de cada familia.

En el Hospital de San José y Santa Adela.—En el Hospital de San José y Santa Adela se celebró el día 5 la colocación de la primera piedra de los nuevos Dispensarios adquiridos para ampliación del citado hospital.

Al acto asistieron la Reina doña Victoria, la Reina doña María Cristina y la Infanta doña Isabel, que, acompañadas de sus damas de honor, llegaron en automóvil.

Fueron recibidas por el alto personal del benéfico establecimiento, las damas enfermeras, una Comisión de oficiales heridos en Africa y damas de la aristocracia.

SS. MM. ocuparon el estrado, y el marqués de Rivera, en breves palabras, encomió la labor realizada por doña Victoria en favor de la Cruz Roja.

También expresó su agradecimiento hacia el Directorio, que es el primer Gobierno que ha protegido las fuentes de ingreso permanente para la Cruz Roja.

El presidente y el secretario de esta institución manifestaron también su agradecimiento a las personas reales que firmaron el acta.

El patriarca de las Indias bendijo la primera piedra, y la Reina puso la primera paletada de argamasa.

Seguidamente se leyó el Decreto que concede la Cruz de Beneficencia de primera clase a dos hermanas de San Vicente de Paúl, que son las superiores del hospital de Ceuta y del de San José y Santa Adela, de Madrid.

Después se entregaron varios títulos de enfermeras y se donaron lentes a los enfermos del hospital, costeados por el marqués de Jiménez Arenas.

El patriarca de las Indias pronunció un discurso elogiando la caridad de las reales personas, y terminó el acto.

Colegio de Médicos de Granada.—Por votación efectuada en el pasado mes de Mayo para la elección de Junta de gobierno, ha sido nombrada la siguiente:

Presidente, D. Fermín Garrido Quintana; *vicepresidente*, D. Juan Simancas García; *tesorero*, D. Francisco Martín García; *contador*, D. José Segura Martínez; *secretario general*, D. Antonio Robles Jiménez; *vocales*: D. Gregorio Fernández Montesinos, D. Francisco Tejerizo Figueroa, D. Salvador Pareja Pareja, D. Arcadio Bargas Canals, D. Francisco Roca Sánchez, D. Rafael Mora Guarnido y D. César Sebastián González.

La higiene del trabajo.—El Comité de Higienistas suizos, organizador de la primera reunión internacional para el estudio de los problemas de higiene del trabajo, ha publicado la lista de temas incluidos en el orden del día de dicha reunión y los nombres de los ponentes que han de desarrollar el estudio de estos temas:

Alumbrado industrial y fatiga ocular.—Mr. Gaster, de Londres: «Informe técnico»; M. Oblath, de Trieste: «Fisiopatología general»; M. Sta-sen, de Lieja: «Alumbrado de las minas y fatiga del aparato visual entre los mineros».

Aire viciado en los talleres.—Profesor L. Hil, de Londres: «Ventilación»; M. Kohn-Abrest, de París: «Polvo y humo»; profesor Lehmann, de Wurzburg: «Gases».

Valor de las pruebas de fatiga.—Mr. F. Lee, de Nueva York: «Métodos químicos: Crítica general de las pruebas de fatiga»; profesor Patvizi, de Bolonia: «Métodos mecánicos y gráficos»; Mr. Wyatt, de Londres: «Métodos psicológicos».

La reunión internacional a que nos referimos se celebrará en los días 18 al 20 de Julio próximo. Para solicitar toda clase de informes dirigirse al profesor Cristiani, Institut d'Hygiène, Université, Ginebra (Suiza).

Consultas públicas.—El Real Dispensario Antituberculoso, Príncipe Alfonso (Paseo Imperial, 6) ha realizado en el mes de Mayo 938 asistencias; admitiendo a 106 enfermos de los que han solicitado el ingreso y rechazando las de 30 por no ser tuberculosos ó no ser pobres.

Oposiciones a médicos.—Inspectores provinciales de Sanidad. *Gaceta* del 1.º de Junio. Apuntes completos, 60 pesetas. Editorial Campos. Princesa, 14.

Bismutosa.—Al presente número acompañamos un prospecto sobre la Bismutosa de la Casa Kalle y C.ª, recomendando la lectura del mismo y el pedido de muestras y literatura a Kalle y C.ª, Trafalgar, 37, Barcelona.

Excipiente inerte.—Las matemáticas forman una salsa que le va bien a todos los guisos del espíritu.

(Echegaray.)

Al florecer las rosas madrugaron
y para envejecer se florecieron,
cuna y sepulcro en su botón hallaron;
tales los hombres sus fortunas vieron,
que en un día nacieron y expiraron,
y pasados los siglos, horas fueron.

(Calderón.)

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURISIMO
Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso, Madrid.



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

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, crieis, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

NIÑOS, — FIEBRES PALUDICAS, GASTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTITION, GRIPALES, después del brote en las **ERUPTIVAS**, estados febriles de las **NEUMONIAS, BRONQUITIS** y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

Quininfantina Delgado Ronco.

Papeles a base de etilcarbonato de quinina, valorado su alcaloide (quinina), permitiendo dosificación exacta, no irrita el tubo digestivo, y de sabor agradable. Más eficaz que los supositorios y enemas que provocan deposiciones y las pomadas de difícil absorción.



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

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