

# EL SIGLO MÉDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

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

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

### REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

**J. BLANC Y FORTACÍN**  
Del Hospital de la Princesa.  
**L. CARDENAL**  
Catedrático de Cirugía de Madrid.  
Cirujano del Hospital de la Princesa.  
**J. CODINA CASTELLVÍ**  
Académico. Médico de los Hospitales.  
Director de los Sanatorios Antituberculosos.  
**V. CORTEZO**  
Jefe del Parque Sanitario de Madrid.  
Del Instituto de Alfonso XIII.  
**L. ELIZAGARAY**  
Del Hospital General de Madrid.  
**A. ESPINA Y CAPO**  
Académico de la Real de Medicina.  
**A. FERNÁNDEZ**  
Ex-interno de la Facultad y Hospitales.  
**F. LÓPEZ PRIETO**  
Ex-Médico Titular.

**A. GARCÍA TAPIA**  
Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.  
**J. GOYANES**  
Cirujano del Hospital General de Madrid.  
**B. HERNÁNDEZ BRIZ**  
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.  
**T. HERNANDO**  
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.  
**F. HUERTAS**  
Del Hospital General.  
Académico de la de Medicina.  
**C. JUARROS**  
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico.  
**G. MARAÑÓN**  
Médico del Hospital General de Madrid.  
Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

**M. MARÍN AMAT**  
Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.  
**L. MARCO CORERA**  
Prof. honoris causa del Inst. Rubio.  
**J. MOURIZ RIESGO**  
Jefe del Laboratorio del Hospital General.  
**B. NAVARRO CÁNOVAS**  
Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.  
**S. PASCUAL Y RÍOS**  
Auxiliar de la Facultad de Medicina.  
Médico forense.  
**A. PULIDO MARTÍN**  
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

**J. Y S. RATERA**  
De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.  
**G. RODRÍGUEZ LAFORA**  
Auxiliar de la Facultad de Medicina.  
ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.  
**J. SARABIA PARDO**  
Director del Hospital del Niño Jesús.  
Académico de la Real de Medicina.  
**F. TELLO**  
Director del Instituto Alfonso XIII.  
**L. URRUTIA**  
Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).  
**J. M. DE VILLAVEVERDE**  
Del Real Hospital del Buen Suceso.  
Del Instituto Cajal.  
**R. DEL VALLE Y ALDABALDE**  
Del Hospital General.

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



### PROGRAMA CIENTIFICO:

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

**SUMARIO: Sección científica:** Revista crítica: Los orígenes de la epilepsia genuina, por el Dr. César Juarros. — La lucha antituberculosa en España, por Ramón Villegas. — La psiquiatría moderna y las ideas de Bleuler, por José María de Villaverde. — La úlcera péptica, por el Prof. Victor Pauchet. — Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo. — **Bibliografía. — Periódicos médicos.**

### REVISTA CRÍTICA

## LOS ORÍGENES DE LA EPILEPSIA GENUINA

POR EL

DR. CÉSAR JUARROS

Aumentan, en intensidad y frecuencia, los esfuerzos que experimentadores, clínicos, anatomopatólogos y químicos realizan para dar solución al intrincado problema de los orígenes de la epilepsia genuina.

La mayor parte de tal labor no trasciende á los médicos prácticos, sino de modo fragmentario, aislado, que imposibilita su aplicación á la cotidiana labor. Presenta, pues, singular importancia intentar una revisión, utilizable, del estado actual de este tema.

El primer aspecto á abordar es:

¿Qué debe entenderse por epilepsia?

Durante mucho tiempo se estimó como básico el ataque, al que tan enorme importancia se concede todavía en las Comisiones mixtas de Reclutamiento (1).

Sin embargo, las pruebas en contra han sido tales, que no existe modo de conservar semejante concepto. Jolly ha llegado á escribir: «Los ataques epilépticos pueden presentarse como síntoma de las más variadas enfermedades». Todos los pretendidos signos diferenciales fueron perdiendo, poco á poco, su valor, lo mismo que el ataque.

La rigidez pupilar fué hallada en las crisis histéricas por Westphal y Karplus. Grasset y Ranvier atribuyen los cambios en la toxicidad urina al ataque; por esta razón se encuentran también después de las convulsiones histéricas, W. G. Spiller ha observado en algunos psiquiátricos, ataques de tipo epiléptico. Marchand ha insistido sobre su frecuencia en los dementes precoces. Chiriac tiene publicada la historia clínica de una mujer que durante el trabajo tuvo 22 accesos convulsivos, resultando imposible precisar si eran de naturaleza eclámpsica ó epiléptica.

Ni aun la tan pregonada inconsciencia durante el ataque, es absoluta. La mayoría de los prácticos han encontrado casos de ataques epilépticos incompletos, con conservación de la conciencia: Herpin, Kolk, Nasse, Griesinger, Hughes, Clarke, Bombarda, Banister, etc., etc.

Y no sólo ataques incompletos, sino grandes accesos: Kunze, Banister, Lemoine, etc. Para las indicaciones bibliográficas respecto á este aspecto del problema, véanse mis trabajos anteriores (2). A Sterling (3), el estudio de las auras le lleva á defender que la epilepsia puede ser traducida unas veces por convulsiones é hipertonía y otras por hipotonía y parálisis.

Careciendo el ataque de personalidad y no mereciendo otra beligerancia que la de síntoma, es preciso volver los ojos á su etiología, antes de seguir adelante.

V. Jonnesco (4) concede el papel principal á la sífilis; en contra se alzan estadísticas como la de Novick (5), que de 231 casos de epilepsia sólo encontró la sífilis en el 2,2 por 100.

Las infecciones unas veces aumentan la frecuencia de ataques que ya existían, otras la disminuyen, Meninger (6),



y no pocas los hacen aparecer por vez primera. Gordón (7) aventura la suposición de que la toxina gripal, cuando de la gripe se trata, ó de otra clase, si otra es la dolencia, neutralizando la toxina, que según él es la causa de la epilepsia, aliviaría ésta.

Las vegetaciones adenoideas pueden ocasionar ataques del pretendido tipo epiléptico, Juarros (8), Tsiminakis y Zografides (9).

Las alteraciones del aparato circulatorio han fijado, persistentemente, la atención de los clínicos, sobre todo en lo relativo á la presión arterial. Targowia (10) admite una epilepsia debida á crisis hipertensivas, consecuencia del hígado cardíaco. Divry (11) ha encontrado normal la presión sanguínea en los períodos interparoxísticos. Hartenberg sólo ha obtenido, midiendo ésta (12), resultados contradictorios, aun reconociendo que los epilépticos (13) presentan una pequeñez de pulso anormal, efecto del estrechamiento de las arterias.

En un caso llevado por Laignel Lavastine (14) á la «Sociedad de Psiquiatría», la crisis apareció durante la aplicación del oscilómetro de Pachón que bajó á 0. Meige ve en ello una prueba más de las íntimas relaciones existentes entre los cambios vasculares y la epilepsia. Para Hartenberg no cabe otra interpretación, sino la de un fenómeno de inhibición cortical. Pregunto yo: ¿No influiría la emoción?

El aparato digestivo ha sido muy traído y llevado. Bolten (15) acusa á la autointoxicación por modificación de las fermentaciones intestinales. Moore (16), á la reabsorción de las toxinas así elaboradas. Powers (17), al éxtasis gastrointestinal. Inspirados en la idea de una reacción á productos anormales del metabolismo, —Heinrich (18),— existen varios trabajos. Vining ha demostrado la gran frecuencia con que los ataques epilépticos coinciden con jaqueca, trastornos gastrointestinales y vómitos biliares (19).

No es excepcional la simultaneidad de la epilepsia con una enfermedad del aparato respiratorio. Como ejemplo, puede citarse la observación de Laubry Bloch (20) de una pleuritis serofibrinosa, iniciada bruscamente por un ataque epiléptico. Hay publicados hasta seis casos de epilepsia pleural, debidos, probablemente, al estímulo ejercido por la inflamación pleural sobre la corteza, á través del vago.

La asociación de la diabetes y epilepsia ha sido encoratrada, entre otros, por Guillaín (21). Labbé (22) piensa que la epilepsia diabética es rara no estando en relación con la hiperglicemia, sino con la acidosis. H. Aveline (23) mantiene conclusiones semejantes.

La epilepsia diabética es, de todos modos, rara, no se ha logrado su reproducción, su desarrollo exige un terreno predispuesto. Aun dentro del grupo de las enfermedades nerviosas puede injertarse la epilepsia en varias de ellas, lo que las resta todo valor etiológico al síndrome. Curschmann (24) narra la historia de una esclerosis múltiple, precedida, durante diez semanas, de frecuentes convulsiones.

En la zona mas reducida de las enfermedades mentales existe, como muestra, la esquizofrenia, sobre cuyo hecho llama la atención Kraepelin (25). Giese (26) ha puntualizado que existen ataques convulsivos en el 8,6 por 100 de los esquizofrénicos. Lucia Morawitz (27) defiende la autonomía de una forma mixta de epilepsia y esquizofrenia. El Dr. Sa cristán (28) tiene publicada una contribución casuística.

Según E. Tedeschi (29), la nicotina puede causar la epilepsia en los predispuestos. Para G. Mahomed (30) los más diversos motivos son capaces de hacer nacer la epilepsia; si no se halla ninguno en el 15 por 100 de los casos —Schott (31)— y si este hecho se une al anterior alegato resaltará bien claro que el ataque convulsivo no es sino un aspecto de se-

cundaria importancia, dentro del problema nosológico, lo que crea grandes dificultades para admitir que pueda tratarse, como pretende Mac Robert (32), de reacciones determinadas por emociones específicas.

Desechada la idea del ataque característica básica, hay que buscar un origen morfológico como quiere Dercum (33), morfología condicionada por anomalías constitucionales, influenciadas ó irritadas por toxina, según él; según Kriesch (34), por factores exógenos y endógenos, tan diferenciables que legitimaría una clasificación en epilepsias exógenas y endógenas.

Para Rossett (35) no habría sino una consecuencia de la inhibición temporal de las funciones fiscalizadoras á cargo de los centros cerebrales superiores, dejando en libertad los subcorticales.

Esta disociación reconocería diversos orígenes. Admitiendo la existencia de una lesión orgánica brotan tres cuestiones llenas de interés.

¿Tiene una traducción objetiva?

¿Hasta qué punto es obra de la herencia?

¿Cuál es su rangambre histológica?

La primera supone, á su vez, el planteamiento de otras dos interesantísimas: el estado mental y el tipo antropológico de los epilépticos.

El estado mental del epiléptico, sobre cuya especificidad tanto llevo insistido (36), es una realidad clínica que ha sufrido nuevo encauzamiento á través de los trabajos de Clark (37) y de los ya clásicos de Kretschmer y de Minkowski (38).

Se dan como características además de la impulsibilidad, la persistencia en la actitud frente á un hecho ú objeto, como si la realidad de aquel momento fuese cosa autónoma, no encadenada á ninguna otra. La irritabilidad y el egocentrismo adquieren asimismo singular relieve.

Antropológicamente no puede establecerse ninguna conclusión definitiva, salvo la frecuencia y abundancia de los estigmas de degeneración. Demianowsky (39) culpa á alteraciones en el funcionamiento de las glándulas de secreción interna.

¿En qué grado condiciona la herencia este estado mental? Para algunos autores es el elemento decisivo. Lhote, entre 160 epilépticos solo halló 30 que pareciesen ajenos á él. Jolly (40) la atribuye la máxima influencia. Oppenheim (41) por lo menos la tercera parte de los casos. Echevarría (42), de 553 hijos de epilépticos halló 78 atacados de la misma dolencia y 195 muertos de eclampsia. Popoff (43) vió un epiléptico cuyos tres hermanos, el abuelo y una tía materna, eran igualmente comiciales. Grenier de Cardenal (44) en una estadística de 347 casos, encontró un 6 por 100 de herencia directa. Más frecuente es la herencia neuropática, no similar, que suele hallarse en el 40 por 100 de los casos, Juarros (45).

En 170 epilépticos vistos en Bicetre (46) descubrió Grasset tres veces la alienación paterna, 17 la materna, 27 psicosis bilaterales, 23 el histerismo materno, 3 el corea. Hermann (47) ha recogido la historia de dos gemelos que al llegar á la pubertad presentaron al mismo tiempo ataques convulsivos. Uno Wassermann sangre positivo. Pollack (48) defiende la realidad de la epilepsia degenerativa.

En la parte constitucional parece ejercer gran influencia la sífilis y el alcoholismo de los padres. La primera ha sido estudiada por Georgopoulos (49). Mayor parece ser la del alcoholismo. Lothe (50) evalúa en un 46 por 100 los epilépticos que deben su dolencia al alcoholismo paterno. Feré (51) atribuye á esta herencia el 47 por 100 de las epilepsias femeninas y el 38,3 por 100 de las masculinas. Chauv y Van



der Strich citan el caso de un alcohólico que engendró ocho hijos, los ocho epilépticos.

H. Martín (52), revisando los antecedentes de 83 epilépticos tropezó 60 veces con alcoholismo hereditario claro y 23 dudoso. Los 60 epilépticos tenían 264 hermanos, de ellos 48 padecieron convulsiones cuando niños, 132 murieron muy jóvenes, viviendo 112; los del segundo grupo tuvieron 83 hermanos; de ellos 10 con convulsiones, murieron 37 y 46 llegaron a adultos.

Como dice Raymond (53), la epilepsia puede considerarse como una resultante de todas las huellas ancestrales. Un modo especial y latente de reaccionar, que puede ser avirado por condiciones externas. Vernet (54) ha dado a las prensas una observación de constitución epileptógena, despertada por la influencia de la guerra.

A favor de estas ideas habla un documentado trabajo de Amman (55), probando lo beneficioso de la vida en el campo como medio de aliviar la epilepsia y la mayor frecuencia de tal padecimiento en la ciudad; datos estadísticos relativos a Suiza.

Fáltanos para completar el estudio de los tres puntos enumerados, abordar las cuestiones relativas a la urdimbre histológica de la epilepsia y a si la herencia constituye factor estimable. El ánimo parece incluirse en pro de un modo especial de reacción. No hay modo de eludir el pensamiento de que todo ello tenga alguna traducción estructural.

Uno de los primeros datos perseguidos fué averiguar si el peso y aspecto macroscópico del cerebro de los epilépticos es distinto del de los normales.

Wiglesworth y Watson (56) hallaron en un epiléptico de treinta y ocho años, desde los veinticuatro padecía ataques, que el cerebro además de pesar 2,130 gramos, presentaba una anomalía de la cisura calcarina. En 24 cerebros no ha encontrado Volland (57) grandes variaciones de peso con relación al tipo medio normal. Reichardt (58) da como justificación de las diferencias la encefalitis. Scharpff (59), frente a una media en los sujetos normales, de 1,400 gramos para los hombres y de 1,275 para las mujeres, ha establecido en los epilépticos la cifra de 1,436 y 1,285. Kirchberg (60) en 15 epilépticos, de edades variables entre los veinte cinco y los cuarenta y cinco años, fija como límites de los 1,300 a los 1,350 gramos en el 26,7 por 100 de los casos, contra el 14,8 por 100 en los sujetos normales, y de los 1,400 a los 1,450 en el 20 por 100 de los comiciales, contra el 18,8 por 100 en los tasados.

Ante tales diferencias adquiere singular importancia el trabajo de Amman (61) que acabamos de citar. Este autor de 368 autopsias de epilépticos, en 345 no descubrió ninguna alteración macroscópica.

¿Arroja más luz la interpretación de las lesiones?

Son sobradamente heterogéneas, las que se encuentran, R. Ganter (62): leptomeningitis, paquimeningitis, poroencefalia, hidrocefalia. Jakob (63) ha hallado esclerosis, pseudo-esclerosis de Westphal-Strumpell, encefalitis etc.

En la frecuencia de la dilatación ventricular ha hecho hincapié D. A. Thom (64), basándose en que de 57 cerebros, en 31 vió lesión cortical con dilatación ventricular, en 16 solo lesión cortical y en las tres restantes únicamente dilatación ventricular. Briand (65) descubrió en un epiléptico muerto en estado de mal, equimosis subependimaria en el fondo del IV ventrículo.

Chaslin (66) señaló en 1891 como característica una esclerosis neuróglia submeníngea. Pierce Clarke y Prout (67) asimilan las lesiones neuroganglionares de los epilépticos a las observadas en las intoxicaciones. Levi (68) ha precisado

la coincidencia de las crisis convulsivas con un aspecto carcomido (*vermoulu*) y la esclerosis de la corteza, cabiendo atribuir el primero a la arterioesclerosis. La esclerosis miliar de la corteza existía en las observaciones de Blocq (69) y Marinesco (70); Anglade (71) en dos epilépticos tardíos seniles, halló en uno, focos lacunares; en el otro, un estado *vermoulu*, muy extenso.

A las lesiones a que se ha dado mayor importancia últimamente ha sido a las del asta de Ammon. H. Kogerer (72) en un caso de meningitis tuberculosa determinado con ataques convulsivos, comprobó la degeneración de las células piramidales del asta de Ammon. Bratz (73) la ha hallado lesionada en la mitad de los casos, creyéndolo secuela de un proceso antiguo, quizá fetal. Lubimorf, Borozdine-Rosens y Tein (74) han descrito la realidad de las alteraciones del asta y la gliosis subpial en un estudio basado sobre 10 casos. Hagos (75) divide los cambios celulares del asta en dos tipos: uno a base de esclerosis y degeneración citoclástica; otro en el que las células muestran astrocitos pegados a su periferia ó incluidos en una anfractuosidad.

Para Edinger (76) se producirían en el acto del parto desgarras, origen de la esclerosis. Pollack (77) y Munson (78) suponen también la intervención de un traumatismo en el momento del nacimiento. ¿Cómo conciliar esta hipótesis con la indiscutible influencia del alcohol y la herencia?

Dentro del campo de la histología no parecen mucho más precisos los términos del problema, pese a los interesantes trabajos que acabamos de citar y a los admirables de Alzheimer (79). Alzheimer ha encontrado la gliosis de la capa molecular en el 40 por 100 de las epilepsias parciales. Para él la frecuencia en la capa molecular de células indiferenciadas, Cajal, Retzius, revela anomalías del desarrollo, no siendo la gliosis sino el fenómeno de sustitución de los elementos neuroganglionares, primitivamente lesionados por la neuroglia.

Son varios los autores que, como él, no ven en la gliosis una causa, sino una consecuencia, entre ellos Jakob (80). Frente a Kogerer (81), describiendo una inflamación aguda del asta de Ammon, en el estado de mal, Spielmeyer (82) reconoce que la hipertrofia de la neuroglia, además de presentarse fuera del asta, por ejemplo en las zonas de las células de Purkinje del cerebelo, no es patrimonio de la epilepsia. Sittig (83) ha hecho meritisísima aportación, pero tampoco decisiva. Bielschowsky (84) defiende la conveniencia de hacer una distinción entre las modificaciones estructurales de tipo congénito y las que traducen fenómenos de reacción.

Según Tramer (85), no existe lesión patognomónica de la epilepsia, y aun cuando haya quienes, como Geitlin (86), intenten sistematizaciones tan radicales como la de eregir a la esclerosis tuberosa en lesión fundamental, es lo cierto que ni la clase de la lesión epiléptica ni el asiento han podido ser fijadas todavía. En un comicial muerto en estado de mal, autopsiado por Maillarel y Barbe (87), no estaba el trastorno anatomopatológico en el asta de Ammon, sino en el cuerpo estriado.

Piénsese que la frecuencia de lesión del asta no es sino del 42 por 100 en la estadística de Wolfenstein (88)—166 autopsias—, y del 50 por 100 en la de Alikan (89).

Por otra parte, se encuentran las tan diversas combinaciones que no cabe intento alguno de ordenación: unas veces predominan las alteraciones de las células de Betz; otras, de las del Purkinje. Tipos en que hay que pensar en la combinación de la epilepsia y la demencia precoz. Moretti (90) ha descubierto la presencia de corpúsculos no asimilables a los amiláceos, de la corteza.



Para que la confusión sea mayor, hasta la noción clásica del origen cortical se halla en crisis. Volland (91) ha descubierto lesiones viscerales á base de aumento de substancias lipoides en los parénquimas. De 102 autopsias, en 24 persistía el timo.

Por muchos autores se ha concedido máximo valor á las alteraciones endocrinas: tiroides — Zalla (92) —, hipófisis — Gorrieri (93) —. Más adelante volveremos sobre esta cuestión; Gruber y Lanz (94) han hallado en un caso, necrosis de la fibra muscular cardíaca, concediéndola carácter de motivo de las convulsiones; Vigouroux y Colin (95), en otro, hemorragia en la región del núcleo del vago y degeneración hialina de los vasos; pero sobre todo destacan los trabajos de Marie y Pierre (96), que, estudiando las reacciones vestibulares, han llegado á deducir que la corteza no es el único punto de desencadenamiento del ataque.

Knapp (97) ha registrado los más diversos signos focales: afasia, trastornos de la sensibilidad, síntomas de participación del lóbulo temporal, ceguera pasajera ó variaciones de los límites del campo visual, como equivalente, inclinándose á la idea de los orígenes múltiples de la epilepsia, idea que cuenta con aquiescencias tan valiosas como la de Binswanger (98).

En esta ruta salen al paso, facilitándola, los estudios de Menningen (99) sosteniendo la existencia de crisis estáticas, frente á las crisis convulsivas ó dinámicas; crisis estáticas que serían producto de la pérdida del poder regulador de la función postural. El caso de Lewandowsky-Selberg (100) y las opiniones de Fuchs (101) plantean el problema de localización de las convulsiones clónicas en la cartera y de las tónicas en los centros subcorticales. Por otra parte, la frecuencia de las modificaciones de la estructura del cerebelo en la epilepsia hace factible la creencia de una forma cerebelosa. Anton (102) dice que el cerebelo presenta un exceso de desarrollo en los epilépticos.

¿Cómo hallar orientación firme ante tal balumba de pareceres contradictorios? Téngase presente que en muchos casos, como en el de Vogt (103), se omite la edad del enfermo, toda la anamnesis y el cuadro clínico. Además en la generalidad de los casos, más que ante una epilepsia genuina se está ante crisis convulsivas, cuya adjetivación como epilépticas, carece de justificación sólida. Así ha podido llegar Cobb Stanley (104) á enarbolar el criterio de que muchas pretendidas epilepsias genuinas no son sino epilepsias jacksonianas por lesión cortical. Tilman (105) por su parte niega la existencia de la epilepsia genuina, no admitiendo otra, sino la producida por lesión cortical.

Henos ya ante las teorías que pretenden explicar el ataque por motivos anatómicos. *El ataque, no la epilepsia*. De 950 epilépticos observados en Craig-Colony por Andrews (106), en el 14  $\frac{1}{2}$  por 100 existía una encefalitis infantil, motivo de las convulsiones. Sería este trastorno encefalítico como una cicatriz irritada ó avivada por cambios químicos humores, Meisels (107).

R. Ganter (108) halla la razón anatomopatológica en el espesamiento craneal. Ed Zielinski (109) en una posición anormal del bulbo y protuberancia originando que la desembocadura del acueducto de Silvio y del tercer ventrículo, en el canal central, se haga bajo ángulo distinto del corriente. ¿Causa? Anomalías de forma del occipital. Así se crearían aumentos de tensión, hiperemias, hidrocefalias, obstrucciones del agujero de Magendi, exudaciones ventriculares, etc.

Ivan Bertrand y Rives (110) insisten sobre la frecuencia de lesiones arquitectónicas perfectamente diferenciadas de las modificaciones seniles. No falta el elemento pintoresco.

Lomer (111) invoca la producción de ondas vibratorias en los elementos psíquicos.

De toda esta diversidad de rutas sólo cabe la enseñanza firme de que la epilepsia es un síndrome.

Uno de los muchos argumentos que hablan en favor de tal suposición es la pretendida existencia de la epilepsia vasomotora. No es de ahora el propósito de esta explicación. Desde hace muchos años frente á los partidarios de un fenómeno de congestión, venían alzándose los que creían ver la causa en una anemia. Leriche (112) estudiando, en heridos de guerra, las variaciones de la circulación cerebral durante las crisis convulsivas, utilizando para la observación los huecos dejados por la pérdida de substancia ósea, ha visto que se anemiza el cerebro, contrayendo fuertemente los vasos de la plamadre, de modo análogo á las arterias, de tipo muscular, cuando se excita el simpático.

De Ebaugh y Stevenson (113) es la historia clínica de un epiléptico trepanado, al que se colocó un aparato registrador sobre el cerebro, á través de la brecha. Antes de la crisis, hipertensión que no cesa sino algún tiempo después de terminada. A veces hipertensión sin convulsiones; otras hipertensión acompañada sólo de dolor de cabeza; otras ésto sin aquélla.

¿Cómo callar una pregunta? ¿Tales signos son causa del ataque, ó sólo forman parte de su cortejo sintomatológico?

Etienne y Richard (114) votan por la anemia, efecto de un espasmo de las arterias cerebrales, debido á una acción simpática, consecuencia de trastornos endocrinos. Pagnier (115), «clético», cree que á veces es uno el mecanismo y á veces otro. Shaw (116), más radical, no admite sino la brusca anemia cortical. Sin embargo, á la teoría vasomotora podrán hacérsela siempre varias objeciones fundamentales: la de no dar explicación alguna del por qué de la mentalidad epiléptica, y lo de referirse á fenómenos que más parecen tener valor de acompañantes que de desencadenadores.

Dos de las direcciones en que se trabaja más intensamente en la actualidad son las del origen químico y la de la procedencia endocrina de la epilepsia.

El planteamiento de la primera cuestión tiende á hacerse en el sentido de una menor resistencia, de una predisposición anatómica, constitucional ó adquirida, sobre la que ejercerían su acción las causas químicas. Claude y Lejonne (117) ha realizado interesantes experiencias probadoras de que ciertas dosis de veneno—estricnina, por ejemplo,—ejercen acción epileptógena sobre animales, á los cuales se ha sensibilizado, desde este punto de vista, inyectándoles debajo de la duramadre unas gotas de una disolución de cloruro de cinc al 2 por 100, mientras no sufren convulsión alguna los animales á quienes no se hizo tal inyección.

No parece, sin embargo, que las condiciones de estos experimentos sean asimilables al problema de la epilepsia.

Un filón que prometía grandes sorpresas era la determinación de la toxicidad del suero sanguíneo en los epilépticos. Los resultados no han correspondido á las esperanzas. Mientras Mairé y Vives (118) aseguran que el suero del epiléptico es menos tóxico que el normal, Cololian (119) sumándose á la opinión de Graf y Landstemer, Widál, Lesné y Sicard (120), sostiene que la diferencia es muy pequeña.

Se ha probado á inyectar suero por vía intracardiaca—Lumière (121)—resultando raras las convulsiones y frecuentes los fenómenos mioclónicos. En las experiencias de Pagniez (122), de 15 conejos inyectados, intracardiamente, con 2 c. c. de suero de epiléptico, sólo tres presentaron convulsiones; de los tres, uno había recibido 4 c. c.; nueve, tuvieron signos de mioclonia.

Trasladada la idea al líquido cefalorraquídeo, Dide y



Saquepé (123) lo aplican en inyecciones intracerebrales, deduciendo su falta de toxicidad fuera del momento de los ataques. ¿Cómo no pensar más en una consecuencia que en un motivo? Las experiencias de Pellegrini (124), utilizando la vía endovenosa, carecen de valor por la falta de animales de contraste y la enorme cantidad empleada; 5 por 100 del peso del animal inyecta lo.

Lo nulo de los resultados alcanzados no han bastado á hacer abandonar la idea de una acción tóxica. Se sigue creyendo por muchos en la intervención de venenos exógenos y endógenos. William Held (125), Fleury (126), admite que obran actuando sobre una lesión anterior meningo-encefálica. Es la misma síntesis de Pierret (127), aptitud convulsivante más toxina.

Campioni sustenta ideas semejantes (128), Marcou (129) invoca la existencia de una toxina epileptógena, de propiedades neurotóxicas.

Contra tales hipótesis se han alzado muchas voces, destacando Turner (130), que no ve en estas suposiciones sino el error de tomar por causas del ataque los efectos, de idéntica manera que Goudberg (131) estima el aumento de acidez urinaria, consecuencia de las convulsiones.

Muchos, no areviéndose á abandonar la sugestiva suposición, apelan á diversas variaciones, como ocurre á Munch (132) con el artritisismo. Buscando las razones en perturbaciones del metabolismo que aumentarán los residuos tóxicos, ha hallado De Crinis (133) modificaciones del poder de oxidación.

Los trabajos de Boutier y Mestrezat (134), Obregia y Urechia (135) y Boutier y Belarmino Rodríguez (136), permiten creer que la azotemia de los epilépticos más que causa es efecto. Laures y Gascard (137), demostrando que la urea del líquido cefalorraquídeo aumenta durante los ataques, han aportado un valioso refuerzo á la tesis. No podemos abandonar el campo del metabolismo sin citar opiniones como la de Wollmer (138), que usando el método de Gyorgy, obtiene resultados que le obligan á decir que la epilepsia es producto de un trastorno periódico del metabolismo, representando el ataque un procedimiento defensivo para desembarazarse de determinados productos. Esta sería la causa de la fosfatúria observada en las crisis convulsivas. El acúmulo de fosfatos en la sangre (139), eleva la alcalinidad de ésta y crea una acidosis de los tejidos, especialmente el muscular, cambios que repercuten en el sistema nervioso. En las manifestaciones tetánicas la fosfatúria procede de la sangre.

(Continuará.)

## La lucha antituberculosa en España (1)

POR

RAMÓN VILLEGAS

### II

#### Utilización racional de los Sanatorios.

Hemos procurado demostrar en nuestro artículo anterior el absurdo de establecer la lucha antituberculosa en España á base de Sanatorios. Ahora queremos ampliar este concepto diciendo que, una vez construídos, podría obtenerse de ellos un mejor provecho.

Vimos en nuestro anterior artículo que el resultado máximo á que podría aspirarse con el sistema actual era la curación (?) de cien enfermos con un coste anual de unos

30.000 duros y con abandono total de otros 40.900 tuberculosos, tan necesitados, por lo menos, como aquéllos. Nos parecía aquel resultado perfectamente despreciable y, desde luego, extraordinariamente desproporcionado con el sacrificio pecuniario que suponía. Ahora diremos más. Diremos que estos cien enfermos, ni son los más necesitados, ni son aquellos cuya curación puede interesar más á la Sociedad.

El criterio seguido actualmente para elegir los enfermos hospitalizables es el de acoger casos incipientes que, por la levedad de sus lesiones, ofrecen mayores probabilidades de curación. Esto presenta, sin duda, la ventaja de éxitos próximos más fáciles. Pero en una obra social deben tener preferencia los resultados definitivos y trascendentes.

Los casos incipientes se caracterizan por lo poco ostensible de su sintomatología (son individuos aptos para el trabajo que sostienen una familia), no tienen, en una gran proporción, bacilos en sus esputos (no son, por lo tanto, contagiosos) y son susceptibles de curarse por otros procedimientos sin necesidad de ser hospitalizados. En cambio, los casos graves—los que no se admiten en los Sanatorios—son individuos incapaces para toda clase de esfuerzos y, por lo tanto, de ganar un jornal y de sostener á su familia, antes bien, son para los suyos pesada y difícil carga; todos ellos tienen ya en sus esputos gran cantidad de bacilos que difunden á su alrededor, siendo una formidable fábrica de contagio y no encuentran otra posibilidad de curación que sometiendo á muy delicados métodos de especializado tratamiento.

Fácilmente se comprende que, aunque estos individuos no pudiesen obtener ningún beneficio apreciable de su estancia en el Sanatorio, la transcendencia de su aislamiento como focos de contaminación, sería siempre muy importante. Separar del seno de la Sociedad á un sujeto cuyo contacto puede provocar la tuberculosis en infinidad de personas sanas, es obra seguramente de mucha mayor eficacia que curar á unos cuantos ya contaminados.

Estúdiese el caso sentimentalmente:

Estos pobres enfermos *tísicos pasados*, incapaces ya de trabajar, como decimos, no pueden aportar un jornal á su familia, su presencia no es una material ayuda para la mujer ni para los hijos; es en cambio, un agobio moral. La pobreza ordinaria de su vida se ha convertido en sombría miseria; la casa, pequeña, tiene que reducirse aún, el pobre alimento no es ya sino repugnante bazofia; hay, además, que buscar medicinas para que el enfermo apacigüe su tos, para que las noches no sean un abogo sin tregua... Alrededor de la cama los hijos respiran el aire infecto, lleno de bacilos... este aire es la meningitis, la enteritis, la tuberculosis casi segura. Tiene un médico de Sociedad—un buen médico de Sociedad—que, no pudiendo recetarle aire puro, una alimentación abundante, una casa espaciosa, calmantes caros, por lo menos, no le receta nada. Y así llega el momento inevitable: es preciso llevarle al hospital.

En el hospital, probablemente no le admiten. Los hospitales son para enfermos agudos: tuviera una pulmonía y podría morir ó curarse entre sábanas y con la asistencia de un doctor afamado; pero la enfermedad de este pobre obrero no se considera incluida entre los enfermos hospitalizables. Este tuberculoso moribundo puede estar muriéndose mucho tiempo y ocupar una cama demasiados días. Hay más enfermos que camas y precisa que se renueven pronto.

Por extraordinaria fortuna, las cosas no ocurren de este modo. Hay un profesor en el hospital que admite á los tuberculosos y nuestro enfermo consigue ingresar. Debemos advertir, que en ningún hospital de Madrid hay salas destinadas exclusivamente á tuberculosos. Nuestro enfermo

(1) Véase el número anterior.



ingresa en una sala donde hay á su lado un enfermo de corazón, un convaleciente de pulmonía... no diremos que haya un varioloso, porque con las enfermedades epidémicas se guarda un mayor cuidado de aislamiento y porque lo menos que puede importar á nuestro enfermo, es contagiarse de otra enfermedad—acaso si ésta le trajera la muerte fuera la mejor solución—. Nuestro enfermo no se contagia. Desde luego, sospechamos que tampoco se cura. Pero seguramente que de este modo está en condiciones de contagiar á los enfermos que le rodean, los cuales, tal vez, padezcan enfermedades leves ó se hallan en convalecencia y, por lo tanto, en condiciones de la mayor receptibilidad.

Este sombrío cuadro no resulta de ningún modo excesivo, sino que es realmente lo que ocurre en todos los casos en que la tuberculosis llega á dominar á un hombre falto de recursos. Nos parece sombrío, porque es sombría la realidad, no porque lo recarguemos nosotros con tintas de pesimismo. De no creer posible hallar remedio á esto, nos hubiéramos abstenido de señalarlo, porque estimamos que las críticas no deben limitarse á apuntar deficiencias que amargan, si, en el dolor de su conocimiento, no puede encontrarse el estímulo de corregirlas.

De cómo puede modificarse grandemente el estado de indefensión en que el tuberculoso pobre se encuentra en nuestro país, me ocuparé extensamente en otros artículos. Por hoy, sólo quiero señalar, con la argumentación expuesta, cuanto más humanitario, cuánto más eficaz y cuánto más científico sería que esas cien camas de los Sanatorios actuales fueran ocupadas por estos enfermos graves, desahuciados de los médicos, por impotencia terapéutica y desahuciados de la Sociedad por inhumanidad torpe y suicida que no comprende que, al abandonarlos á su miseria, no hace sino permitirles que siembren por todas partes los gérmenes mortales de su despreciada dolencia.

(Se continuará.)

## La psiquiatría moderna y las ideas de Bleuler (1)

POR

JOSÉ MARÍA DE VILLAVERDE

Este hombre escéptico en muchas cosas, como se ve por sus escritos, de un volterrianismo elegante con el que se burla de algunas imperfecciones del entendimiento humano, reacciona con gran viveza ante todo lo que signifique un problema de patología mental. Que se trata de un caso de vocación extraordinaria, salta á la vista y ello nos da la razón de la obra que ha realizado.

«No se puede ser un gran carácter—escribía un famoso filósofo—sin poseer algo romántico en el cerebro ó en el corazón», y esto parece, sin duda, dicho para el caso del profesor Bleuler. Quizás en sus juventudes, debió ser un romántico impenitente; pero cuando le hemos tratado, con una gran naturalidad regala lo que aconseja la máxima de La Rochefoucault: «lo que debe admirar es encontrar aún personas que se admiren de algo». Y así ante los mayores desatinos y las barbaridades más colosales que á diario se oyen, el profesor permanece impassible y siempre sonriente. En dos ocasiones, en las lecciones de Psiquiatría para los ya iniciados y en las que podían los alumnos hacer objeciones y preguntas al profesor, creímos que iba á perder su invariable buen humor. En una de ellas, un alumno le dijo que el período terminal de la esquizofrenia era una demencia, cosa

(1) Véase el número anterior.

que el profesor les decía en todas las lecciones que no era verdad, pero, á pesar de esto, no se inmutó y le repitió una vez más con gran viveza de expresión, pero con una amabilidad verdaderamente paternal, las razones que abogaban en contra de tal manera de considerar las cosas. Otra vez, á una alumna, que asistía á estos cursos, le oímos lo siguiente: había en su pueblo un ciego de nacimiento que, sin saber por qué razón, comenzó á tener alucinaciones visuales en forma de figuras y animales. «Eso no puede ser, eso no puede ser», repetía el profesor conforme iba oyendo el relato, y siempre amable y sonriente, empezó por recordarle la frase de los escolásticos «nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu» y seguía explicando cómo en buena psicología no puede admitirse que existan representaciones (condición precisa para las alucinaciones) sin que antes hayan tenido lugar procesos perceptivos.

Esta viveza, que el profesor Bleuler pone cuando se expresa sobre asuntos psiquiátricos, no es sino la expresión de sus íntimos entusiasmos. En modo alguno puede interpretarse como una forma atenuada de intolerancia, sino como todo lo contrario. La imbecilidad humana, al relatarle cosas verdaderamente extraordinarias, le dejan frío y le hacen sonreír sin poner ningún comentario. Es un hombre que, si como él dice en su Psiquiatría, «para conocer la psicología normal de las personas hay que comenzar por estudiar la patológica», el haber hecho esto último le ha servido de mucho. Y no son ya sólo los tontos, los imbéciles, delirantes, etc., que sus padres los lanzan al mundo para que los disfruten los que para nada han contribuido en su fabricación, á los que hay que conocer y diagnosticar, sino precisa tener una idea exacta de lo que son las payasadas, arbitrariedades y tonterías de muchos que parecen listos, y lo que aún es peor, lo hacen creer á mucha gente. A estos es á los que hay que conocer y saber lo que realmente representan. Y, á juzgar por lo que hemos visto, el profesor Bleuler, con su fino espíritu de observación, su tranquilidad perfecta que no excluye grandes entusiasmos en otros sentidos, su gran inteligencia capaz de comprender bien de lo que se trate, unido á su elegante escepticismo y á una indulgencia sin límites no exenta de una cierta ironía, es un gran maestro en materia de conocer el corazón humano.

Estas son á grandes rasgos, las características del profesor Bleuler. Creemos que al trazar su silueta no nos ha ofuscado la admiración sin límites por quien ha sido nuestro maestro, ni el gran cariño que sentimos por quien, después de honrarnos con su amistad, nos ha dado en repetidas ocasiones inequívocas pruebas de ello.

La personalidad psiquiátrica del profesor Bleuler es preciso comprenderla aunque sólo sea en sus líneas generales. Sin esto no puede formarse una idea exacta del movimiento psiquiátrico moderno, y menos aún darse cuenta de lo que representa un Birnbaum y menos aún un Kretschmer (1).

Anteriormente á Bleuler el clásico, quien representaba las doctrinas ortodoxas en materias de psiquiatría era Kraepelin. Este y fundándose en el pronóstico había separado las dos grandes entidades: psicosis maniaco-depresiva y Demencia praecox. Claro está que en el terreno de esta última, conocidos ya los síntomas, se había visto que podían ocurrir en casos en los que no se llegaba, ni con mucho, al período terminal, pero de todos modos, las formas más atenuadas

(1) Debemos advertir al llegar á este punto, que las ideas sostenidas por Kretschmer y sus discípulos é imitadores son, en gran parte, arbitrarias. Sobre esto no hemos de entrar aquí, pero las citadas ideas aún algún tiempo estarán de moda.



de la enfermedad no podían conocerse desde el momento que la sintomatología se consideraba sólo desde un punto de vista y que ciertos síntomas elevados después por Bleuler á la categoría de esenciales, apenas estaban esbozados y no se los conocía con todas sus particularidades.

Bleuler, al antagonismo—por decirlo así—existente entre la psicosis maniaco-depresiva y la Dementia praecox le dió rudo golpe. Cuando habla del diagnóstico diferencial entre las dos afecciones da á entender que en la esquizofrenia existen «síntomas específicos», mientras que los de la psicosis maniaco-depresiva no lo son. De esto se deduce que en la práctica, cuando nos encontremos con un caso con evidentes síntomas esquizofrénicos nos hallamos ante un caso de esquizofrenia, pero cuando se nos presenta otro con síntomas de psicosis maniaco-depresiva, sólo puede afirmarse la existencia de esta enfermedad si durante larga observación no se presentan síntomas de Dementia praecox. De esta manera empezó Bleuler la demolición de las grandes entidades clásicas, que en estos últimos años parece generalizarse á todo.

Las personalidades de Bleuler y Kraepelin son completamente diferentes. Este es quizás demasiado objetivo—si es que en esto existe un reproche tratándose de ciencias de observación—; describe síntoma tras síntoma de cada uno de los casos particulares con lo que la descripción es á veces de una prolijidad fatigante. Bleuler es todo lo contrario; es un gran observador de los hechos, pero su rapidísimo proceso de asociación tiende á unirlos formando en seguida teorías é hipótesis. Sus descripciones son sueltas, elegantes, concisas, y se las lee con complacencia suma, pero es preciso saber lo que en ellas hay de hechos ciertos, de teorías basadas sobre éstos y la parte que queda de hipótesis y de sugerencias—algunas interesantísimas—para investigaciones futuras.

Su teoría sobre la esquizofrenia es la que le ha hecho célebre. El proceso mental patológico consiste en disociar los elementos de la psiquis que en condiciones normales están unidos entre sí. Por esto, el verdadero pronóstico, el que indica lo que más ó menos ha avanzado el proceso—diferente en cada caso—hacia la fase terminal debe hacerse por el grado de disminución de la «tensión de las asociaciones». La idea en honor á la verdad, no era nueva en absoluto, pero fué él quien supo darle forma y desarrollarla de una manera elegante, hasta presentarnos una teoría completa de la enfermedad.

Pero conforme se conocían mejor los síntomas esquizofrénicos, no sólo se podía diagnosticar las formas atenuadas de la enfermedad, anteriormente incluidas en el heterogéneo grupo de «las psicopatías» y hasta de las neurosis, sino que se vió que accesoriamente en muchos estados mentales patológicos existían síntomas esquizofrénicos, aunque sólo fuese de una manera episódica. ¿Se trataba de un fondo esquizofrénico que sólo en ciertas circunstancias se ponía de manifiesto? ¿Existe en algunos sujetos una manera de reaccionar que en sus características se parezca al mecanismo de la esquizofrenia?

En las primeras ediciones de su «Tratado de Psiquiatría» y antes de que Kretschmer lanzase sus ideas, puede verse cómo Bleuler había descrito ya, síntomas esquizofrénicos en las intoxicaciones, delirios febriles, ciertas reacciones de psicópatas, etc. Con esto preparaba el asalto á su misma concepción de la esquizofrenia, que otros lo han hecho después de la misma manera, que él había dado el primer golpe de piqueta al edificio de la psicosis maniaco-depresiva.

En la eterna cuestión de si muchos síntomas y síndromes sólo pueden ser producidos endógenamente ó si causas exógenas son las que á título de reacción los producen y que

tan difícil es por sí de resolver, Bleuler adopta en más de cuatro ocasiones el segundo punto de vista. Con esto abre más aún el camino á los que han trabajado en pro de la destrucción de las entidades nosológicas, tal como estaban constituidas, y su esquizofrenia no ha sido la menos atacada.

Pero así ya las cosas, puede decirse que todo el movimiento moderno de la Psiquiatría ha pasado por él. Si conforme Kretschmer, existe en unos sujetos un mecanismo mental esquizoide (forma atenuada de la esquizofrenia) y en otros ciclotímico ó sintónico (las características de la psicosis maniaco-depresiva extraordinariamente reducidas en cuanto á su intensidad), no ha sido Bleuler quien ha puesto á esto el menor reparo, aunque á la larga redunde en contra de las teorías que con tanto calor ha defendido no hace aún mucho. En la cuarta edición de su «Tratado de Psiquiatría» (la traducida por nosotros), dedica á este punto no mucho espacio, pero sí el suficiente para que por su clara y elegante descripción se entere el autor de lo que hay en ello.

Y si ya en una psicosis maniaco-depresiva hay síntomas esquizofrénicos pasajeros que no son sino la exageración de un fondo esquizoide—en contra de lo defendido anteriormente por él—y ya no puede hablarse de maniaco-depresivo y esquizofrénico como dos cosas opuestas, sino de preponderantemente maniaco-depresivo y preponderantemente esquizofrénico, Bleuler es el primero en ponerse á la cabeza del nuevo movimiento. En 1911 hablaba de síntomas específicos en la esquizofrenia. Hoy día con lo que acabamos de decir y con los síndromes de reacción de tipo esquizofrénico no tiene inconveniente en colocarse en un punto de vista bastante diferente.

A los sesenta y siete años el profesor Bleuler cambia de opinión en lo que afecta á ideas que ha defendido toda la vida. Es un caso que no ocurre con frecuencia y por eso al hallarnos ante uno de ellos nos admira más y más.

Al aparecer la primera edición española del «Tratado de Psiquiatría», de Bleuler, por lo que se refiere á los problemas psiquiátricos de nuestro país, no podemos menos de decir con pena que todo está por hacer. No vamos á hablar de ellos; pero sí nos ocuparemos brevemente de alguno que, en nuestro modesto sentir al traducir la obra en cuestión, creemos haber contribuído algo á hacer progresar. Nos referimos al asunto de la terminología psiquiátrica.

En España una verdadera terminología no teníamos. Esto tiene sus inconvenientes y sus ventajas. De lo primero, algo podemos decir, pues no puede tenerse idea, á no pasar por ello, de lo que es traducir una obra llena de conceptos nuevos y para cuya designación no se dispone de un vocablo. Pero por otro lado, si se dispusiese de una tradición, las palabras antiguas correrían riesgo de no corresponder á la evolución de los conceptos y ello ser sede de un eterno equívoco. Esto es lo que sucede en los países donde existe una terminología que data ya de muchos años, por lo que Bleuler dice muy acertadamente en el prólogo de su obra, que «el lenguaje no pone siempre á nuestra disposición expresiones completamente unívocas». Por eso, donde los términos no existen, los nuevos que se creen pueden tener la ventaja de adoptarse en un todo á las últimas necesidades de la ciencia.

Creemos que en la traducción, al proponer ciertos términos, la fortuna nos ha favorecido; pero no pretendemos en modo alguno ni el suponer que esto haya ocurrido en todo caso. Algunos términos deben modificarse, y en vez de ellos proponer otros nuevos que sean más adecuados.

Es ésta una obra en la que, en nuestro sentir, deben



contribuir todos los mentalistas de los países de habla española. Así lo dije en 1922, y vi con gran satisfacción que mi artículo publicado en *EL SIGLO MÉDICO* fué reproducido en varias Revistas profesionales de América del Sur, y fué honrado con la adhesión de gran número de mentalistas de la América latina. De España, la primera adhesión que recibimos en este sentido fué la del Dr. Afíbarro, director del Manicomio de Santa Agueda, y luego hemos visto con satisfacción que un número tan crecido de psiquiatras españoles que nunca pudimos suponer, se han adherido en una forma u otra á lo que entonces escribimos. No quiero dejar de manifestarles á todos una vez más mi agradecimiento y expresarles lo que me anima á trabajar en aquel sentido su adhesión y lo mucho que tendré en cuenta sus indicaciones. De esta manera si llegase el caso de una segunda edición del Tratado de Bleuler, los términos psiquiátricos que se usen en español quizás puedan llegar á ser de una gran precisión en el sentido de dar una idea clara de los fenómenos psicológicos para cuya designación se empleen.

## LA ULCERA PEPSICA (gástrica, duodenal y yeyunal)

ALGUNOS DETALLES PRÁCTICOS

POR EL

PROFESOR VICTOR PAUCHET

Cirujano del Hospital de Saint Michel (París).

**Causas.**—Las causas de la úlcera péptica (gástrica, duodenal y yeyunal) se desconocen: no obstante, la experiencia nos ha demostrado que los sujetos que las padecen presentan uno ó varios de los estados morbosos siguientes: éxtasis intestinal crónico, sífilis, intoxicación por el tabaco, infección de un órgano del aparato digestivo como nasofaringe, dientes, encías, amígdalas, segmento ileocecal (apendicitis, éxtasis cecal, éxtasis iliaco), vesícula biliar.

**Úlceras agudas.**—Se presentan á consecuencia de las causas que acabamos de enumerar y especialmente á consecuencia de las infecciones; son ulceraciones de la mucosa exclusivamente que pueden dar lugar á trastornos dispépticos, hemorragias abundantes y dolores. La úlcera aguda se cura médicamente ó espontáneamente, sin dejar residuo, especialmente si se suprime la causa. Es posible que esta úlcera aguda después de varios brotes dé lugar á la úlcera crónica. Si antes de esta época se hubieran suprimido las causas extirpando el apéndice, la vesícula biliar, combatiendo un e. i. c., y cuidando los dientes, las encías ó las amígdalas, la úlcera aguda no se reproduciría y no se presentaría la úlcera crónica.

**Úlceras crónicas.**—Se caracterizan por las recidivas, es decir, por los brotes sucesivos (dolor, dispepsia, hemorragias). En los períodos de intervalo el enfermo se encuentra normal aparentemente. ¿A qué se deben estas crisis? A un brote infeccioso por parte de la úlcera crónica ó á una úlcera aguda que se desarrolla al lado de ella y que se cicatriza en seguida. En los intervalos parece que el sujeto se encuentra completamente bien y sirve para que se alabe el tratamiento, que si algunas veces detiene la crisis, no cicatriza la úlcera crónica.

**Úlceras cancerosas.**—La úlcera gástrica se transforma con frecuencia en cáncer. Recientemente hemos hecho examinar una serie de 130 casos de úlceras en preparaciones obtenidas en nuestras últimas gastrectomías, úlceras que á primera vista parecían benignas y sin embargo, el examen

microscópico ha demostrado que el 15 por 100 de estos casos presentaban una transformación cancerosa. Por tanto se puede decir que toda úlcera de aspecto microscópico normal puede muy bien encontrarse en vías de transformación cancerosa. Esta prueba histológica justifica la intervención operatoria en todos los casos de úlceras gástricas y sobre todo la exéresis sistemática con exclusión de la gastroenterostomía.

**Úlcera yeyunal.**—Las úlceras duodenal y yeyunal dependen seguramente de las mismas causas que la úlcera gástrica.

La úlcera yeyunal sobreviene en un 2 por 100 de los casos de gastroenterostomía hechos á consecuencia de úlcera duodenal y con acidez elevada. Se ha solido acusar de culpable al modo de hacer la sutura, pero á nosotros no nos ha parecido que sea así la realidad. Hemos observado úlceras yeyunales incluso en los enfermos cuyas suturas se habían hecho con catgut. Parece que se presenta con menos frecuencia si se toma el cuidado de extirpar la úlcera duodenal ó de esconderla bajo un pliegue del duodeno.

**Técnica operatoria para la úlcera duodenal.**—El tratamiento de elección consiste en la escisión unida á la gastroduodenostomía ó operación de Finney. Consiste en extirpar la úlcera, y hender, por una parte, el píloro, y por la otra, el duodeno, para hacer una gastroduodenostomía amplia. Esta operación no se puede realizar sino en el 15 por 100 de los casos. En efecto; para poderla llevar á cabo sin riesgos, es preciso que haya una ptosis de estómago; de lo contrario, la técnica es delicada. Es más seguro hacer la gastroenterostomía. En la mayoría de los casos se hará la gastroenterostomía si la acidez no es muy elevada; pero si lo es, se hará la gastrectomía, suprimiendo una porción extensa del estómago para producir hipoclorhidria y evitar la úlcera yeyunal.

**Técnica operatoria para la úlcera gástrica.**—Practicamos sistemáticamente la gastropilorectomía por úlcera gástrica desde 1910. Para toda úlcera de la curvatura menor practicamos la hemigastrectomía, es decir, la amputación del duodeno y la supresión de la tuberosidad menor del estómago hasta más arriba de la úlcera. Generalmente extirpamos la mitad del estómago, y luego hacemos la anastomosis término-terminal con el duodeno, si éste es amplio (Billroth I. Péan), ó bien la gastroyeyunostomía por implantación (Polya) precólica, con asa corta ó larga, según los casos.

En las formas de úlcera de situación muy alta hacemos la gastrectomía en canal, que consiste en hacer la amputación del estómago como acabamos de decir; pero añadiendo la escisión de toda la curvatura menor. A continuación suturamos el estómago para reparar la brecha de la curvatura menor, con lo cual se transforma en un tubo. De esta manera el esófago se continúa directamente con el duodeno ó con el yeyuno por intermedio de un tubo gástrico. El segmento digestivo pierde su abultamiento gástrico, y persiste cilíndrico entre el esófago y el intestino. Esta operación da resultados muy favorables, tanto inmediatos como á la larga.

La gastropilorectomía corriente da una mortalidad de 2,5 por 100. La gastrectomía en canal para las úlceras de posición alta y la gastrectomía amplia para las úlceras gigantes y infectadas dan una mortalidad de 10 por 100. Esta cifra tiende á bajar. ¿Pero qué vamos á hacer? ¿Una gastroenterostomía? En semejantes casos no sirve para nada.

**Úlceras hemorrágicas.**—La hemorragia tiene dos peligros: a) la muerte inmediata ó rápida por anemia aguda; b) la intoxicación mortal por las toxialbúminas sanguíneas ab-



sorbidas en el intestino. El objeto del cirujano será detener la hemorragia, mejorar el estado general de los enfermos y evacuar la sangre contenida en el intestino.

El tratamiento clásico consiste en hacer chupar hielo ó colocar una vejiga de hielo sobre el estómago. Este tratamiento es inútil. Hay que hacer una transfusión de sangre con fines hemostáticos y estimulantes, lavar el estómago con una solución de cloruro cálcico y de sulfato sódico, para favorecer la hemostasia y expulsar la sangre intestinal con la mayor rapidez posible.

Las hemorragias gástricas se pueden producir en caso de úlcera aguda y en caso de úlcera crónica.

En el caso de la úlcera aguda dependen generalmente de erosiones de la mucosa, las cuales dependen á su vez de infecciones de las encías, de la faringe y más á menudo aún del apéndice, del colecisto y del segmento ileocecal (éxtasis cecal, éxtasis ilíaco) ó también á una lesión del hígado ó del bazo. Por tanto, hay que saber que si el enfermo tiene una gastrorragia como consecuencia de una úlcera aguda, esta úlcera es á su vez la consecuencia de otra infección y que esta última fuente de origen es la que hay que evitar si se quiere curar al enfermo.

Las hemorragias por úlcera crónica suelen ser graves. Pueden matar rápidamente por su abundancia ó por su repetición. Una úlcera terebrante puede destruir una arteriola, á veces de volumen bastante considerable y provocar la muerte rápidamente, antes de que se haya hecho el diagnóstico. Muchos enfermos, afectos aparentemente de una dispepsia crónica, padecen en realidad una úlcera crónica, y cuando se produce una hemorragia de una arteria pancreática ó gástrica, el enfermo muere bruscamente sin vomitar y sin expulsar sangre por las heces. El médico encargado de hacer el diagnóstico dice: «Muerto de angina de pecho ó de hemorragia cerebral», y el sujeto ha muerto en realidad de una hemorragia gástrica á consecuencia de una úlcera que en tiempos se consideró como curada! Seguramente hacía ya mucho tiempo que este enfermo estaba en tratamiento por la lesión de su estómago, que se había curado de una úlcera gástrica por un tratamiento médico unos meses ó unos años antes. Pero otras veces la hemorragia no es tan grave y da tiempo á que se traslade al enfermo á la clínica de cirugía; sin embargo, antes de que el cirujano haya tenido tiempo de intervenir, el enfermo vomita sangre, tiene melenas y muere.

Cuando el cirujano tiene tiempo de examinar al enfermo, se encuentra generalmente con que ya hace varias horas que comenzaron los accidentes. ¿Qué debe hacer? ¿Debe operar inmediatamente ó esperar y tratar al enfermo por procedimientos médicos? Es difícil responder á esta pregunta porque es compleja. Es cuestión de impresión y de casos particulares. Sin embargo, debemos decir que en principio, cuanto menos se opere á estos enfermos mejor será. Nosotros hemos perdido 50 por 100 de los enfermos que hemos operado por anemia aguda. No hablo de los casos operados «en seco», casos anemiados por hemorragias repetidas, porque esos han curado todos ó casi todos.

Toda intervención por hemorragia no puede consistir más que en una operación lógica que es la resección de la úlcera; los casos de anemia aguda en los que no es perceptible el pulso, me han dado una mortalidad de 50 por 100. ¿De qué se mueren? ¿De shock? No, puesto que la transfusión aumenta la tensión sanguínea, puesto que de esta manera mejora el enfermo y al final de la operación se encuentra en buen estado. No muere de hemorragia, pero muere de intoxicación por las toxialbúminas procedentes de la sangre y digeridas en el intestino. Me inclino mucho á creerlo así,

porque en todos nuestros enfermos fallecidos el intestino se encontraba lleno de sangre. En la autopsia se comprobó que las suturas eran correctas y estaban secas y que no había habido ruptura alguna. Por otra parte la muerte se presentaba demasiado pronto después de la operación, antes de las veinticuatro horas. Después de la operación el enfermo parecía encontrarse en buen estado, sin shock; diez á doce horas más tarde, se producían los fenómenos tóxicos de meteorismo y colapso y el enfermo moría intoxicado.

En un caso el sujeto quedó tan deprimido después de la intervención que le creí completamente incapaz de beber y dispuse que se le administrara gota á gota una solución alcalina con sulfato sódico por medio de una sonda duodenal. El líquido laxante se llevó rápidamente por delante toda la sangre intestinal é hizo que se eliminara por las heces. A las pocas horas tuvo el enfermo un despeño de sangre y se curó.

En principio, soy de opinión que la operación de urgencia hecha para detener la hemorragia es peligrosa. Los cirujanos se creen autorizados para practicarla, pero yo tengo la seguridad que, si he obtenido 50 por 100 de curaciones; seguramente hubiera obtenido la misma cifra absteniéndome y dejando que la naturaleza hiciera por sí sola la hemostasia. En semejante caso, hubiera operado, «en seco», algunos días después, una vez que se hubiera evacuado la sangre intestinal por medio de lavados del estómago y del colon; hubiera hecho la intervención en condiciones más favorables y no hubiera sufrido defunciones. De todas maneras, en el curso de mi carrera he observado constantemente que siempre que se operaba á un enfermo que tenía sangre en el intestino presentaba fenómenos tóxicos con meteorismo, hipo, lengua seca y fiebre, es decir, síntomas todos de intoxicación. Si no todos mueren, es porque algunos tienen una insuficiencia del hígado y del riñón más marcada que otros. No son iguales todos los operados, desde el punto de vista de la intoxicación; los unos mueren con intoxicación ligera, los otros con intoxicación profunda. Esto es cuestión del estado de los riñones y de las defensas personales.

Os citaré algunos casos para demostrar que la operación en un caso de úlcera aguda es ilusoria. La autopsia ó la exploración del estómago me ha demostrado la existencia de erosiones de la mucosa sin úlcera verdadera. En un caso abrí el abdomen y no encontré úlcera. El enfermo padecía una cirrosis hepática. Volví á cerrar el abdomen. En otro caso no encontré más que una hipertrofia del bazo que fué sometida más tarde á la radioterapia. Estas laparotomías no demostrativas hechas por hemorragias permiten determinar la existencia de una lesión de la vesícula, del apéndice, del segmento ileocecal ó del hígado.

Tengo que citar dos casos interesantes: Dos enfermos habían sido gastroenterostomizados por hematemesis graves, por otros compañeros. Surgieron hemorragias nuevas. Esperé á que el sujeto estuviera «en seco» y operé. Des hice la gastroenterostomía y encontré en uno de ellos una vesícula sin cálculos, pero blanquecina, espesa, como las que padecen colecistitis catarral. Practiqué la extirpación de la vesícula que contenía una bilis espesa de color de brea y olor fétido; hice siembras y descubrí el colibacilo. El enfermo está curado desde hace tres años y no ha vuelto á padecer hemorragias; su estado general es excelente. En el otro enfermo encontré una apendicitis; quité el apéndice y des hice la gastroenterostomía. Hace cuatro años que está curado.

Por tanto, las hematemesis se deben, á veces, á la úlcera aguda. Hay que buscar clínicamente la causa, y, si es posible, operar «en seco» para explorar de este modo el aparato



digestivo y extirpar el apéndice, la vesícula ó descubrir una lesión del hígado, del bazo ó del segmento ileocecal (éxtasis).

**Hemorragia en la úlcera yeyunal.**—Cuando un enfermo operado de gastroenterostomía por úlcera duodenal sangra ó vuelve á padecer molestias, hay que pensar que padece una úlcera yeyunal. La úlcera yeyunal es una complicación que sobreviene en el 2 por 100 de las úlceras duodenales operadas. Generalmente, es menos frecuente si se emplea un material de sutura no reabsorbible, y sobre todo, si se vigilan las causas que produjeron la úlcera primitiva. Antes y después de los tratamientos médico y quirúrgico de la úlcera hay que asegurarse de que no hay supuración por parte de la nariz, de la garganta, de las amígdalas, de los dientes, que no hay ni apendicitis, ni éxtasis intestinal crónico ni vesícula calculosa. Hay que suprimir todas estas causas posibles de la úlcera, porque muchas veces son las que han dado lugar á la úlcera primitiva, y si persisten, determinarán, seguramente, la úlcera secundaria, la úlcera yeyunal.

De manera que á todo tratamiento médico ó quirúrgico de la úlcera deben preceder, acompañar y seguir el diagnóstico y la supresión de las otras lesiones.

Eliminado el foco de origen de la úlcera y demostrada la existencia de una úlcera yeyunal vamos á ver qué es lo que debe hacerse. Desde luego la operación siempre, pero ¿qué operación?

1.<sup>er</sup> caso.—No hay úlcera duodenal ni la ha habido nunca. El cirujano que practicó la gastroenterostomía hizo la anastomosis por una lesión ausente, una úlcera fantástica. Esto es una falta grave, porque ha creado una enfermedad nueva. La gastroenterostomía es de poca utilidad en los casos de úlcera gástrica; á veces es inútil en los casos de úlcera duodenal, pero si no hay úlcera perceptible á la vista y á la palpación, es siempre perjudicial. Lo que se debe hacer entonces, puesto que el duodeno está libre, es buscar la causa de los trastornos gástricos (colecistitis, apendicitis, e. i. c.), etcétera y deshacer la gastroenterostomía.

2.<sup>o</sup> caso.—Hay una cicatriz de úlcera duodenal antigua y ptosis gastroduodenal. En estos casos es factible la gastroduodenostomía. Hay que hacer esta operación de elección y suprimir la gastroyeyunostomía. Si no es posible hacer esta gastroduodenostomía que es lo corriente, habrá que contentarse con la resección de la úlcera anastomótica, y si se puede, deshacer la gastroenterostomía.

3.<sup>er</sup> caso.—Hay una úlcera anastomótica ó yeyunal y no es posible hacer la gastroduodenostomía. En este caso hay que hacer la gastrectomía, reseca la boca anastomótica, la mitad por lo menos del estómago y terminar por un Polya (1).

Hemos practicado la operación por úlcera yeyunal en 19 casos. En todos ellos hemos hecho la gastrectomía. Hemos tenido 2 muertos y 17 curaciones definitivas. Generalmente es la operación más difícil de la cirugía gástrica.

**Resumen.**—La única úlcera que interesa al cirujano es la úlcera crónica, la que produce recidivas, la que es perceptible á los rayos X. La úlcera crónica es susceptible siempre de tratamiento quirúrgico. El tratamiento médico cura la úlcera aguda, pero no la úlcera crónica. Cuando se declara curado uno de estos enfermos, no deja de consultar al cirujano algunos años más tarde para que le opere, ó bien sufren un cáncer ó una tuberculosis por agotamiento, ó padecen una hemorragia ó una perforación inesperada.

Todos los enfermos que padecen perforación aguda y

(1) Véase "Práctica Quirúrgica Ilustrada," (Victor Pauchet), O. Doin, editor. Edición española de 1924.

hemorragia y la mayoría de los que han padecido cáncer del estómago sufrieron en algún tiempo de úlcera y se los llegó á declarar curados por un tratamiento médico. Por eso creo que el tratamiento médico es aún más grave que el tratamiento quirúrgico, porque el hecho de dejar á un enfermo que muera ulteriormente es tan reprehensible como el de matarle operándole. Además, la mortalidad operatoria es escasa, puesto que en mi opinión los cirujanos que tienen gran costumbre de hacer operaciones gástricas, no deben tener más mortalidad que el 2 ó el 3 por 100, en los casos de resecciones gástricas. Insisto de nuevo en la necesidad de buscar en todos los casos la causa de la úlcera aguda y de las úlceras crónicas y de combatirla siempre.

La úlcera aguda se debe á infecciones digestivas procedentes de los dientes, de las amígdalas, de la nariz, de la laringe, del hígado, de las vías biliares, del bazo, del segmento ileo-cecal, del apéndice. Todas estas causas se deben investigar antes de prescribir el tratamiento médico, antes de decidir la operación. Después de reconocer su existencia por el examen clínico y por el radioscópico, se las combatirá directamente. Si no se suprime la causa de la úlcera aguda, no hay razón para que no recidive. La úlcera crónica es la consecuencia de las recidivas de las úlceras agudas sucesivas y la úlcera crónica del estómago termina en el cáncer. Ocho cánceres de cada diez, son consecutivos á las úlceras gástricas agudas. Ya he dicho también, que de cada 100 úlceras que se extirpan, hay 15 en vías de degeneración cancerosa, y esto aunque tengan apariencia benigna.

Insisto, igualmente, en que debe haber una colaboración íntima entre los diversos especialistas. Para curar una úlcera hay que requerir la colaboración del otorrinolaringólogo que cure la nariz, la garganta ó los oídos; la del dentista que en cada momento tiene que suprimir la causa de las infecciones del estómago; la del radiólogo que hace un diagnóstico preciso, no sólo del estómago, sino también de la vesícula y del segmento ileo-cecal (e. i. c.); la del jefe del laboratorio que investiga el Wassermann, el grado de acidez gástrica; la del ayudante transfusor de sangre que desempeña un papel tan importante en la cirugía gástrica, y la de las enfermeras acostumbradas á este género de operaciones.

Los médicos y los radiólogos deben asistir á las operaciones quirúrgicas, el cirujano debe asistir á las exploraciones médicas de su colega el internista, así como á los exámenes radiológicos; de lo contrario, no hará progresos, porque no podrá comprobar las relaciones de causa á efecto entre las lesiones que comprueba por medio de la laparotomía y las que ha diagnosticado su colega. Esta colaboración íntima médico-quirúrgica es la condición indispensable para que progrese el estudio de las úlceras gástricas y para que se preste á los enfermos el mejor auxilio.

## REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 8 DE MARZO DE 1924.

### Sobre quistes hidatídicos.

El Dr. GOYANES continúa su interrumpida intervención en el caso clínico del Dr. Codina. Presenta radiografías de varios casos clínicos. El primero, estaba diagnosticado de quiste del pulmón por las pruebas de la clínica, y, sin embargo, la investigación radiológica demostró la normalidad de la cúpula frénica del lado derecho, negando el quiste. El segundo caso, trata de un foco supurado del pulmón derecho, en su base; se ve una línea curva de convexidad superior, se operó y vióse un foco supurado limitado, no



presentándose la curva de concavidad superior propia de la pleuresía con derrame. El tercer caso, es un absceso pulmonar con bronquiectasia pútrida; la primera radiografía obtenida se refiere al espacio frénico del lado derecho, en donde se ve una ráfaga oscura correspondiente á la fístula que tenía dicho absceso. El enfermo expectoraba gran cantidad de pus. La segunda radiografía de este enfermo, sometido á la intervención quirúrgica, se ve de una manera muy clara la dilatación bronquial; es una dilatación cilíndrica, y se trata de un foco supurado en comunicación con el bronquio. Existe una reacción pleurítica que da una línea de convexidad superior á diferencia del derrame puro pleurítico, que da la cóncava. En la intervención se abrió la cavidad supurada; se hizo un desagüe y un neumotórax para colapsar el pulmón; en la radiografía se ve el pulmón retraído y el desagüe realizado por un tubo de goma.

Presenta otro caso de dilatación infectiva de la base del pulmón izquierdo, cerca de la zona pericardiaca con sus límites convexos, á diferencia de lo que se ve con la pleuresía con derrame.

Otro caso radiográfico de zona de diafragma con un derrame pleurítico de base del pulmón derecho, fué intervenido y comprobado el diagnóstico por la operación.

En otro hay, al parecer, una alteración de la cúpula frénica evidente, en el lado derecho. Fué diagnosticado de absceso subfrénico, estando el enfermo con una fiebre altísima; se procedió á la intervención quirúrgica y se encontró una hepatitis parenquimatosa degenerada. La operación se hizo por la vía transpleural y curó.

En una enferma tratada por el Dr. Marañón, se vió una mancha oscura muy parecida á la del Dr. Codina, y cuyo límite ascendía hasta la zona suprafrénica del lado derecho. Este caso, radiográficamente dudoso, se podía interpretar como un quiste; sin embargo, el síndrome clínico y la intervención demostraron que se trataba de una pleuresía limitada, circunscrita, que había producido en la imagen radiográfica la curva de convexidad superior en lugar de cóncava, siendo así que parecía un quiste de cara convexa de hígado propagada al pulmón.

Otro enfermo tenía un quiste de pulmón abierto en la pleura y en él se hizo como medio terapéutico, con neumotórax. En la radiografía se ve el pulmón colapsado, una cavidad de aire y el derrame formado por líquido y una gran cantidad de vesículas, con un límite perfectamente horizontal.

Y así sigue el Dr. Goyanes presentando otras radiografías de casos clínicos: un quiste del lado derecho roto en la cavidad pleural; otro de la cara convexa del hígado propagado hacia el pulmón derecho; otro hepatopulmonar derecho, cuyos signos clínicos daban la existencia de un pionemotórax subfrénico; otro que se puede interpretar como quiste del hígado, pues el enfermo decía haber expulsado membranas y tenía dolores. Las reacciones de quiste fueron negativas; se le hizo una operación exploradora y curó.

El Dr. Goyanes presenta una radiografía de sarcoma del pulmón que puede confundirse con un quiste y después otra típica de quiste de pulmón inconfundible.

Después de esta enumeración de casos añade unos comentarios sobre la reacción de Weinberg, la intradermoreacción y la eosinofilia. Respecto al primero no ha podido reunir los datos para el porcentaje, pero que ha operado más de 500, y sólo la consideraba como un síntoma de bastante importancia. La eosinofilia sí la ha encontrado más constante, pero que existen otras enfermedades que la acusan.

Comenta después la acción bioquímica del equinococo

que en el pulmón produce hemorragia y no en el hígado. ¿Es debido á la disposición estructural del tejido pulmonar? No lo cree, antes se creía que el quiste hidatídico no daba síntoma alguno; hoy se sabe que las sustancias procedentes de él obran como antígenos, produciendo perturbaciones profundas del organismo, no sólo generales, sino locales, como por ejemplo, la tenia equinococo produce reacciones vasomotoras especiales que determinan las hemopiasis, y, sin embargo, no las provoca en el quiste hepático.

Como un inciso, se ocupa el Dr. Goyanes de lo que ocurre sobre la acción de las tenias en el cáncer experimental; hay una, la crassicolex que evoluciona exactamente igual á la equinococo, que es parásita de las fibras elásticas del intestino del gato y vive también en la rata y el ratón, y unos á otros se infectan en la alimentación.

Concretándose á la pregunta del Dr. Codina ¿se debe ó no aconsejar la intervención?, cree el Dr. Goyanes que todavía se puede agotar algo más la exploración radiográfica y que se pueden repetir los análisis, pues pueden variar las reacciones; pero dada la situación del quiste le parece que la intervención no es de demasiada gravedad, siendo más graves los quistes pulmonares de otras zonas, de partes profundas, que exigen una intervención más complicada, ya que hay que atravesar mucho tejido. En cambio, los próximos á la superficie pulmonar son muy accesibles, de tal manera, que hoy que se dispone de procedimientos perfectos para evitar una complicación (el neumotórax), con aparatos de hiper ó hipopresión, se consigue detener al pulmón en cuanto á su expansión, y basta una presión negativa de tres ó cuatro milésimas de mercurio para expandirlo sin correr peligro alguno.

Por lo tanto, termina el Dr. Goyanes, si después de un examen clínico detenido, se tiene firme convicción de que se trata de un quiste de la cara convexa del hígado, cree que no hay ningún cargo de conciencia en aconsejar la intervención. Solamente si fuera un pequeño quiste hacia el hilio del pulmón, no muy separado de la zona de acceso, cabría la posibilidad de que se abriera espontáneamente por los bronquios. De modo que dadas las facilidades de la intervención quirúrgica, se atrevería á aconsejarla.

El Dr. PITTALUGA expone breves consideraciones de orden parasitológico y hematológico, referentes al caso presentado por el Sr. Codina. Las primeras tienen un gran interés porque se relacionan con lo que se puede llamar tiempo de latencia de los quistes hidatídicos, que por lo que hace á la sintomatología es enormemente más largo de lo que se cree. Este hecho está hoy día averiguado experimentalmente desde 1860, en grandes animales como el cerdo y el carnero. Los datos experimentales, ya conocidos hoy principalmente por los trabajos de la Escuela Argentina, conducen á una conclusión terminante: Que los quistes hidatídicos son todos procedentes de contaminaciones infantiles; son los niños los que se contaminan con los huevos de tenia en un gran porcentaje, muy superior al del adulto, y que, por lo tanto, casi todos los quistes que los clínicos ven en sus consultas, y que los cirujanos operan, son de muchos años de evolución. La evolución durante los primeros seis meses de la larva de la tenia equinococo, tal como se puede seguir experimentalmente, se demuestra de un modo palmario, que es extremadamente lenta. Hay una granulia equinocócica que es, en gran parte, vencida por las fuerzas defensivas del organismo, y no todos los embriones que se localizan llegan á adquirir su completo desarrollo, sino que muchos de ellos sufren un proceso involutivo, son reabsorbidos por la lucha leucoci-



taria y las defensas locales y generales del organismo. Pero esta granulía hidatídica demuestra que uno de los procedimientos seguidos para la localización del quiste hidatídico, es la vía arteriosa. Con esto se explica la particularidad que el Dr. Goyanes ha hecho notar, de la diferente actitud de los tejidos pulmonar y hepático, desde el punto de vista de las hemorragias, á consecuencia del desarrollo y de la localización del quiste. Es muy posible que estas diferencias dependan de que las localizaciones pulmonares son de origen arterioso, son quistes que se desarrollan alrededor de los vasos arteriales, mientras que los hepáticos son primitivamente venosos, y la facilidad de las hemorragias en el tejido pulmonar puede depender, aun prescindiendo de la posibilidad de un proceso bioquímico que no se puede excluir, de ese hecho anatómico de localización periarteriosa ó perivenosa.

El Dr. Pittaluga detalla esquemáticamente la evolución del embrión quístico en el tejido hepático. Al cabo de pocas horas de penetrar en una de las venas de los lóbulos hepáticos, el embrión está ya rodeado de monocitos ó de leucocitos mononucleares, que rápidamente constituyen una primera barrera alrededor del pequeño embrión sin aumentar de tamaño; se transforma en vesícula pasadas unas sesenta horas. Entonces empieza á verse en el embrión una pequeña cavidad central tapizada por una capa de elementos celulares que constituyen el estrato germinativo, la túnica alrededor de la cual empieza á formarse la membranilla elástica que ofrece apenas una ó dos micras de espesor. Esta formación vesicular aumenta primitivamente por la distensión que ejerce el líquido vesicular, transformando la membrana proliferante en una delgada membrana de células aplastadas. Va aumentando de volumen en esta misma disposición sin formarse escólex, ni formaciones propiamente regenerativas de la túnica, hasta pasado tres ó cuatro meses, y solamente entonces es cuando se empieza á constituir la adventicia constituida por capas de células individualizadas del tejido conectivo intersticial del hígado, por elementos del tipo monocítico y del tipo eosinófilo. Estos eosinófilos, con gran probabilidad son de origen ó producidos por modificaciones de las células conectivas, y muchas veces ciertos ataques con rápida eosinofilia local, y la anatomía patológica y la reacción de Weinberg demuestran, no solamente la eosinofilia hemática general, que puede á veces faltar, porque su presencia no depende solamente de una proliferación mayor, de una proporción más grande de eosinófilos en la sangre periférica producidos por los órganos leucopoyéticos característicos del tejido mieloide, sino que pueden ser formados localmente por modificaciones estructurales de las células del tejido leucopoyético potencial, del tejido conectivo, sobre todo del perivascular, sin que haya de antemano una fase hemática de la eosinofilia.

El Dr. Pittaluga pasa luego á ocuparse de lo dicho por el Dr. Codina sobre la ausencia de la reacción de Weinberg y la escasa cifra de eosinófilos observados en su caso clínico; que si bien no son signos patognomónicos de quiste, unidos á otros su valor es importante, y entonces el margen negativo disminuye notabilísimamente. En el caso concreto que se discute, la cifra del 3 por 100 de eosinófilos ya tiene un cierto valor. Si se hubiera buscado la cifra global de leucocitos, sería mucho más interesante, pues el valor varía según se refiere á un número normal de leucocitos ó á unas leucocitosis.

Respecto á la intradermoreacción, afirma que quizá dé un tanto por ciento de positividad mayor que la reacción de Weinberg.

El Dr. CALANDRE (corresponsal) aporta algunos datos sobre la materia y la radiografía de un quiste hidatídico en que se apreció eosinofilia.

El Dr. ESPINA dice que el estudio de los quistes hidatídicos hay que dividirlo en dos grandes categorías: en anteriores y posteriores á la aplicación de los rayos X. En la primera, sus historias clínicas todas son hallazgos y sorpresas, y en la segunda, todas son claras y perfectas. Por lo que se refiere al tratamiento, también deben distinguirse dos épocas: la del terror á la cirugía de las cavidades y la de la cirugía de ellas.

En esta segunda, desde la época de Lister en adelante, se llega á sitios donde ni siquiera pensaban llegar los mejores cirujanos de la época anterior. Cita un caso de un compañero de profesión, que vió en consulta con los doctores Sánchez Ocaña y Salazar Alegret, que diagnosticaron una caverna tuberculosa pulmonar, presentándosele hemoptisis repetidas, y él no era de la misma opinión, pero no sabía de qué se trataba; entonces no se disponía de análisis de esputos. Aquí hay un tumor, decía, que ha invadido el lóbulo medio ó inferior, con maciez absoluta, y el resto de los signos son los de un pulmón sano. El tratamiento fué expectante: calmar la tos y cohibir las hemorragias. La regeneración se inició, pero la evolución total fué muy lenta, durando unos ocho años, yendo á Pant cosa, Ueberuaga de Uoilla, al campo, á la ciudad, y nada se conseguía, hasta que una noche, de triste recordación, por estar velando el cadáver de un deudo, fué avisado con urgencia y vió al amigo íntimo que se asfixiaba, páido, casi sin pulso, y al explorar la parte posterior de la boca vió asomándose por el istmo de las fauces una especie de túnica que avanzaba lentamente hacia el exterior; tiró de ella, la resistencia fué vencida y tras de esto presentóse una hemorragia formidable, y esperó con zozobra angustiosa la muerte de su amigo. Por fortuna, después de la expulsión de aquella, cesó la hemorragia, y lo extraño del caso es, que empezó á cicatrizar la zona irradiada y el enfermo cuenta hoy setenta años. El Dr. Mendoza hizo el análisis de las membranas y su contenido y se diagnosticó de quiste hidatídico.

Cita otro caso diagnosticado por el médico del pueblo, de tuberculosis pulmonar probable; le aplicó los rayos X y apareció en la pantalla un verdadero globo, algo transparente, con un pedículo implantado en la región cordial. Diagnosticado de quiste hidatídico fué operado por el doctor Cervera, cayendo alrededor de la 5.<sup>a</sup> costilla, sacó el quiste entero, cicatrizó la herida y el enfermo curó perfectamente.

Estos casos, dice, demuestran la absoluta necesidad de la exploración radiológica, estimando mejor la radioscopia hecha por el mismo cirujano, porque al revelar una placa puede desfigurarse el contenido y no expresar bien las sombras. Además con la radioscopia en las cavernas tuberculosas y los abscesos pulmonares se ve que siguen los movimientos de la respiración, mientras que el quiste hidatídico parece que los detiene.

Respecto á las hemoptisis, cree que con un poco de hábito de asistir hemoptóicos se puede diagnosticar en seguida la enfermedad productora, sobre todo por la manera de presentarse, siendo distintas las tuberculosas de las de los quistes hidatídicos. En la tuberculosis hace falta algo que destruya los vasos, mientras que en el quiste no hay tal destrucción, sino probablemente la hemoptisis es de origen sanguíneo, y la colocación que ha dado el Dr. Pittaluga, distinta en el hígado de la del pulmón, en relación con los vasos, podía también explicar las distintas formas de hemoptisis. Mas hay otro aspecto de la cuestión, y es la tole-



rancia para el quiste. Hay enfermos que viven con él, con hemoptisis repetidas, con trastornos gravísimos en apariencia, á veces desde la infancia á la edad adulta, sin desnutrirse, sin ninguno de esos fenómenos de caquexia, de depauperación, que son regla general en los tuberculosos. Hay la diferencia, además, de que en los tuberculosos los antecedentes, como son los de la infancia, la localización abdominal, existen corrientemente, siendo los últimos los síntomas pulmonares, mientras que en los enfermos de quiste hidatídico, los signos pulmonares son premonitorios, sin estado general malo, y todos éstos son datos que en la clínica hacen la distinción entre los dos procesos, pudiéndose confirmar el diagnóstico por la radiografía y las reacciones bioquímicas.

El Dr. PITTALUGA aclara algunos conceptos respecto á la granulia hidatídica motivada por infestaciones de animales en forma masiva, introduciendo gran cantidad de embriones de tenia equinococo. Entonces se verifica una difusión por vía anterior, una granulia hidatídica, y esto es natural. Pero en la infestación humana, en que la cantidad de huevos es mucho menor, á veces muy pocos, quizás uno, aun cuando ello prácticamente sea imposible porque muchos se pierden, sin embargo, los hechos experimentales demuestran que un solo elemento contaminador, introducido por vía intestinal, puede dar una localización quística, y la granulia no se produce.

DR. CESALDO

## Bibliografía. (1)

LOS MAESTROS DE LA MEDICINA

Josef Skoda.

En la biblioteca «Los Maestros de la Medicina», que dirige nuestro amigo el maestro de la Historia de nuestra ciencia, profesor Neuburger, y publica, con particular esmero, la casa Julius Springer, de Viena y Berlín, ha aparecido escrito en alemán un librito admirablemente redactado por el Dr. Maximiliano Sternberg y dedicado al maestro Josef Skoda, el fundador en Viena del criterio positivista que informa la Medicina moderna.

El libro del Dr. Sternberg es una correcta y clarísima exposición del estado de la Medicina al arribar á ella Skoda; dominaban entonces conceptos de generalidad, y el genio médico, el genio estacionario, el genio anual, etc., etc., dirigían el pensamiento de nuestros antecesores, la observación de cada caso, el estudio de los síntomas como efecto de alteraciones circunscritas, la persecución de los trastornos funcionales, eran considerados con cierto menosprecio por aquellos médicos acostumbrados á las grandes concepciones de conjunto, á las síntesis armónicas...

El libro sobre Skoda no es, propiamente dicho, una biografía de Skoda, es más bien el estudio de la idea directriz de Skoda y la exposición de la lucha que tuvo que sostener para imponerla y vencer, con su criterio mecanicista (demasiado estrecho) la serie de conceptos abstrusos, de mitos y de elucubraciones filosóficas en que el pensamiento de los médicos se perdía.

Es una lástima no poder dar á nuestros lectores algunos párrafos del admirable tratado de Sternberg. Skoda fué un autodidáctico, su mayor fuerza consistió en su formación independiente y en su falta de imaginación. Discípulo de Rokitsansky en la sala de disección, se especializó en el es-

tudio de las enfermedades del pecho, del corazón y de los pulmones. Uno de sus timbres de gloria es el haber empujado á Hebra al estudio de la dermatología, y todos sabemos que Hebra es el fundador de la escuela vienesa dermatológica.

Skoda, desde el más modesto origen, fué elevado hasta la cumbre de la práctica médica después de atravesar épocas de angustiosa situación que venció gracias á la decidida protección de otro médico influyente, von Turkheim. Personalmente Skoda era un trabajador infatigable, soltero y solitario, y muy poco amable. Dedicó á la ciencia médica toda su vida y toleró la clientela, pero ni la buscó ni la halagó. Influyó por su autoridad en la higienización de Viena.

Ha sido una excelente idea incluir esta monografía entre las de los maestros de la Medicina que publica la casa Springer, porque la personalidad definida de Skoda influyó en la Medicina actual de modo decisivo.

Roberto Koch.

El profesor Martin Kirchner, colaborador de Koch, ha escrito para la misma biblioteca de «Los Maestros de la Medicina» que publica la casa Springer, un magnífico estudio de Koch y de su obra.

La exposición y el método de este trabajo son admirables y aprende uno á reverenciar la personalidad de Koch, otro autodidáctico y ya van dos, de los que hacen oscilar en uno la fe en las facultades donde se almacena y difunde la ciencia oficial.

Koch ha hecho una obra de titán; entró en el campo recién descubierto de la bacteriología y fué uno de sus más activos investigadores. Presentes están en nuestra memoria sus geniales trabajos, sus triunfos y sus penalidades.

En este libro tenemos la prueba de la grandeza de este hombre y tenemos la demostración de su pequeñez y de la pequeñez de sus grandes compañeros, de Pettenkofer y de Virchow que no lo pueden tragar, de Behring, con quien acaba para siempre por una diferencia de concepto sobre la naturaleza del bacilo tuberculoso, y, por último, tenemos la demostración de su falta de agradecimiento hacia Federico Althoff, el guía genial de la Instrucción Pública de Prusia que ayudó y empujó á Koch, pues sin él, como dice Kirchner «nunca hubiera sido Koch ni profesor de la Universidad, ni director del Instituto para enfermedades infecciosas, ni miembro de la Academia de Ciencias, ni excelencia». Koch, que descubrió tantos microbios, no supo descubrir bajo la corteza áspera de Althoff todo el tesoro de bondad que encerraba este hombre empeñado en hacerle el bien y en facilitarle el camino del triunfo, y si no descubrió este tesoro bajo aquella corteza, esto nos hace pensar que aquellos microbios que encontró no estarían muy escondidos ó... que es más difícil penetrar en un alma y conocerse á sí mismo y confesarse un motivo de gratitud, que conocer el mundo que nos rodea. Se descubre antes un microbio, por su pequeñez, que un corazón por su grandeza...

El libro de Koch es una admirable exposición del estado actual de su ciencia, de la bacteriología, y subyuga de modo tal que se lee de un tirón.

Con motivo de haber llegado á nuestras manos estos libritos, admirablemente editados, lo repito, por la casa Springer, no tenemos más remedio que pensar en la diferencia de caracteres de raza, he aquí unos estudios biográficos modelo, es cierto, y dignos de ser leídos por las personalidades de los maestros, Virchow, Ehrlich, Billroth, etc., que forman los tomos de esta biblioteca, pero guardando las distancias de nuestra modestia, no cabe duda de que aquí, entre nosotros, con algunos lustros de diferencia, se ha realizado

(1) Sólo haremos el estudio crítico de las obras que nos sean remitidos dos ejemplares.



un cambio en la Medicina y se han hecho estudios biográficos muy interesantes sobre los maestros que determinaron el paso desde la ciencia del siglo XVII á la moderna y estos estudios, leídos y aplaudidos muchos de ellos en el Ateneo el pasado año, permanecen inéditos. ¿No habrá algún editor que se encargue de llevar al público médico español la presentación de nuestra Medicina y nuestros médicos en el siglo XIX?

DR. A. PULIDO MARTÍN.

## Periódicos médicos.

### OFTALMOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **La facoerisis del Dr. I. Barraquer, por el Dr. Rodolfo Guiral (Habana).**—Se trata de un valioso artículo que el autor dedica en sentidas y rendidas frases al doctor Ignacio Barraquer (de Barcelona), como prueba de desagravio por haber expuesto con anterioridad, cuando trabajaba con aparatos imperfectos y sin el entrenamiento necesario para efectuar la facoerisis, su opinión contraria á esta operación; mientras que después ha visto, cuando ha aprendido la técnica y opera con aparatos mejores, no sólo lo equivocado de aquella creencia, sino además, los prodigiosos éxitos que con la extracción de la catarata *in toto por medio de la ventosa* ha obtenido. Ello le lleva á rectificar públicamente su primera impresión y á la confesión de sus entusiasmos y de sus devociones por el procedimiento del Dr. Barraquer, que considera ideal en la operación de la catarata y superior á cuantos similares han sido ideados.

Y para valorar científicamente su respetable opinión, se ocupa sucesivamente de los principales extremos concernientes á la *facoerisis*; tales son:

A. *Perfecta adaptación de la ventosa del Dr. Barraquer al cristalino*, que por otra parte resulta de empleo inofensivo y *ventajas de la regulación del vacío* con el último modelo, lo que permite graduarlo á voluntad, y *á priori*, según la consistencia de la catarata, que aconseja se investigue con el microscopio corneal y la lámpara de hendidura.

B. *Técnica de la operación.*—La considera delicada, sin llegar á la exageración, y al alcance de todo práctico que opere bien la catarata por el procedimiento habitual; si bien aconseja aprender bien la técnica, ya sea directamente del mismo Dr. Barraquer, ya sea de las láminas que ha publicado en la obra del Dr. Fisher; así como el estar muy atento á todos los tiempos del acto operatorio. La seguida por el doctor Guiral es en un todo idéntica á la de Barraquer: preparación del enfermo, anestesia ocular, pareia transitoria del orbicular, separación de los párpados, talla del colgajo corneal, etc.; excepto en la fijación del globo ocular que él la hace en la parte interna del diámetro horizontal, mientras que Barraquer aplica la pinza de fijación en la parte inferior del diámetro vertical; pequeño detalle que no tiene importancia.

C. *Aplicación del erisifaco.*—Sigue las indicaciones de Barraquer, que varían según que la iridectomía sea periférica ó total. En el primer caso, y una vez aplicado el erisifaco y hecho el vacío, hace sufrir á la catarata y á la ventosa una rotación completa, de modo que el borde inferior del cristalino se convierta en superior y la cara anterior en posterior, y así la extrae del ojo. En el segundo caso se extrae la catarata sin darle la vuelta.

D. *Complicaciones y accidentes que se pueden presentar con este procedimiento.*—Hace mención de los dos principales: luxación de la catarata, á la que no da importancia, por

que se extrae como en condiciones ordinarias, y á la salida de vítreo que no considera más frecuente que en el procedimiento de extracción clásica de la catarata.

Por último, el autor considera en lugar preeminente, dentro de las indicaciones de la facoerisis, los casos de cataratas que no han llegado á la maduración y necesitan ser extraídas por razones de índole social.

Nuestra enhorabuena á los Dres. Guiral y Barraquer, autores, respectivamente, del artículo extractado y del procedimiento operatorio tan justamente ensalzado. (De la *Revista de Medicina y Cirugía*, de la Habana, del 25 de Febrero de 1924).—DR. MARÍN AMAT.

### BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **A propósito del pan, por el Dr. Van Nypelseer, de Bruselas.**—Es una regla absoluta la de que, en todos los frutos de la naturaleza, la capa que se halla inmediatamente por debajo de la cáscara es la que contiene, de un modo casi exclusivo, las vitaminas, los metales raros, las diastasas, etc. Parece ser que dicha capa se halla vitalizada por los rayos solares.

En lo que se refiere al grano de trigo, las diversas capas concéntricas del mismo, según los estudios del autor, son tanto mas pobres en substancias vivientes, y tanto más ricas en almidón, cuanto más próximas al centro se hallan. En especial las vitaminas y los fosfatos se encuentran inmediatamente bajo la cutícula morena. El gluten mismo se halla más condensado en las capas exteriores y empieza á disminuir hacia el tercio del grano, aproximadamente.

La mayor parte, pues, de los elementos oligometálicos y de los fermentos se encuentran íntimamente unidos á la cutícula del grano, la cual contiene también celulosa, que según los detractores sistemáticos, es un elemento inútil é irritante para el intestino. En realidad la celulosa es el excitante natural del peristaltismo, y contiene sílice en estado vitalizado que contribuye á reforzar la estructura del pulmón.

Otro de los elementos importantes del grano de trigo es el embrión contenido en el mismo, substancia organizada y rica por excelencia que los molineros suelen reservarse para venderla bajo el nombre de fitina, cerealosina, fosfato orgánico, etc.

Pues bien; una gran parte de las citadas substancias desaparecen de la harina con el cernido necesario para fabricar el pan blanco que reclama el pueblo soberano y soberanamente ignorante, con el asentimiento de las autoridades políticas y administrativas.

La harina á 00 obtenida en las fábricas de cilindros (otro inconveniente grave) es cernida generalmente al 55 y 60 por 100, es decir, en tal forma, que no contiene más que cantidades infinitesimales de las materias útiles, aparte del hidrato de carbono. El pan más conveniente para la alimentación es, según el autor, el pan de trigo molturado en un molino de piedras y hecho con harina cernida al 85 por 100, en cuya forma queda eliminado el salvado grueso, conservando la mayor parte de las substancias tónicas y nutritivas. Si no, nos perdemos el germen, las vitaminas, los fosfatos y una buena parte del gluten y de la celulosa, en perjuicio de nuestro cerebro, de nuestros nervios y de nuestros pulmones y trabajamos por la extensión de la tuberculosis, del raquitismo y de la debilidad mental. (*Bruxelles-Médical*, núm. 28, 9 de Marzo de 1924).—T. R. Y.

2. **Un método de inyección para ayuda de la identificación de las especies de gusanos planos, por Raphael**

1924. Julio  
Siglo Médico  
Ayuntamiento de Madrid



**Isaacs.**—El método en cuestión, consiste en la inyección de las ramificaciones del útero con tinta china. Una jeringa provista con una aguja fina, se llena con tinta china; el anillo preparado para la inyección se coloca sobre un trozo de vidrio y se introduce la aguja cerca del poro genital, en la substancia fresca del anillo. Mediante una pequeña manipulación, se consigue fácilmente introducir la aguja en uno de los divertículos del útero y la tinta llena fácilmente todas las ramas. La presión entre dos porta-objetos hace aparecer los detalles muy claramente, diferenciándose muy bien la disposición del aparato genital. El método puede aplicarse también a los ejemplares conservados, pero los resultados no son tan perfectos como con los frescos. Pueden conservarse las preparaciones, colocando los anillos inyectados en formol al 10 por 100, deshidratando con alcohol y después de aclarar en xilol, ó carbol-xilol, montar en bálsamo. (*The Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, vol. VII, núm. 11, Agosto 1922).—E. LUENGO.

## CIRUGIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. Apendicitis supurada en saco herniario.**—El doctor Manuel Corachan, después de estudiar tres casos de apendicitis supuradas en hernias inguinales de que tiene conocimiento, expone el siguiente caso:

Sujeto de setenta y tres años de edad, ofreciendo un buen aspecto su estado general; sin acusar determinada herencia; buena salud habitual. Ingresó en mi clínica el día 28 de Agosto de 1921, acusando desde hace dos años molestias á consecuencia de una tumoración que se le presentó en la ingle derecha, poco dolorosa, que se reducía con suma facilidad al adoptar el paciente el decúbito supino. Como el braquero que llevaba le producía incomodidades, sólo se lo colocaba de tarde en tarde; este malestar, estas molestias, coincidían con los cambios bruscos de temperatura. Nunca acusó dolores intestinales, atribuyendo la producción de su hernia á los esfuerzos que hacía de cuando en cuando.

Dos días después de una excursión, emerge de su región inguinal un tumor del tamaño aproximado de un limón, tumor duro, fijo, poco doloroso, que no le impedía los movimientos, y tan sólo el malestar general y la fiebre alta que rápidamente se le presentó, le indujeron á consultar.

La exploración arroja los datos siguientes: una tumoración que ocupa toda la región inguinal derecha, alargada, siguiendo la dirección de la arcada crural, dura, aunque en el centro parece acusar cierta pastosidad casi fluctuante y dolorosa toda ella; se encuentra adherida á los planos profundos de la región y de la piel, existe ligero edema del escroto; la infiltración está aislada, es decir, no se propaga hacia el interior del abdomen que es casi blando, flácido, indoloro, con escasa defensa muscular, únicamente en la región de la fosa ilíaca derecha; no vomita y expulsa gases intestinales.

Este era el cuadro sintomático que presentaba al ingresar en mi clínica.

Dada esta sintomatología, el diagnóstico no ofrecía ninguna duda; se trataba evidentemente de una hernia inguinal atascada, con epiplón flogosado y probablemente supurado, exigiendo la intervención como único tratamiento.

Prevía anestesia local (novocaína), se descubre el saco y se incinde, manando acto seguido una gran cantidad de pus grumoso que procedía, presunción muy lógica, de una epiploítis supurada. Se drenó hasta el fondo del saco, y durante los primeros días continuó una supuración abundante que paulatinamente fué agotándose hasta terminar por comple-

to á los diez días de intervenido, con remisión de la temperatura y mejoría absoluta del estado general, induciendo todo ello á retirar el drenaje, para ser dado de alta á los veinticinco días de operado, no sin interesar antes al paciente que debía operarse su hernia en un plazo de tiempo no muy dilatado, para evitar futuras complicaciones.

Reingresado en clínica para cumplimentar la operación de la hernia, intervengo del modo siguiente, previa raquí anestesia, retirando 12 c. c. de líquido céfalorraquídeo é inyectando 10 c. c. de novocaína al  $\frac{1}{2}$  por 100 (1).

**Primer tiempo.**—Incindo la piel por la antigua cicatriz, atravesando un magma de tejido fibroso que envolvía el saco y el cordón, siendo difícil la diferenciación de los mismos, por cuyo motivo procuro buscar la aponeurosis del oblicuo mayor, que pueda servir de punto de partida fiel para hallar con certeza los elementos que se buscan; las adherencias que ofrecía el saco eran muy intensas, dificultando su separación. Conseguida su completa liberación juntamente con la del cordón, que se disecan con minuciosidad, separándolos, procedo á la apertura del saco y exploración de su contenido.

**Segundo tiempo.**—Una vez librado el saco, nos damos cuenta al explorarlo que en su interior existe un engrosamiento que me pareció era un epiplón adherido, resto de la epiploítis supurada que creíamos que había sufrido el paciente, motivando su primera intervención. Al abrir el saco nos damos cuenta, con la sorpresa consiguiente, que el contenido no era epiplón, que no existía en la cavidad herniaria sino el apéndice engrosado y flogosado, sobre todo en su mitad distal, estando adherido íntimamente al saco por proceso flogístico antiguo, notándose al nivel del cuello del saco el fondo del ciego que había sido arrastrado y fijado por el apéndice. Este hallazgo nos dió clara explicación de que el proceso flogístico herniario de hace próximamente un año, debió ser forzosamente una apendicitis supurada con absceso, por fortuna para el enfermo, coleccionado en el saco, aislándose por lo tanto del ámbito del abdomen.

**Tercer tiempo.**—Apendicectomía; procedo á la extirpación del apéndice según la técnica ordinaria, seccionando primero sus adherencias con el saco é invaginando después el muñón de aquel órgano.

**Cuarto tiempo.**—Ligadura alta por encima del cuello del saco y sección del mismo.

**Quinto tiempo.**—Cura radical de la hernia, siguiendo el procedimiento de Bassini. Cierre de la piel con agrafes.

De tan raro caso, hace interesantes deducciones de orden clínico, y termina felicitándose de haber sido testigo de tan instructivo caso clínico. (*Revista Española de Medicina y Cirugía*, Barcelona, Marzo de 1924.)

### EN LENGUA EXTRANJERA

**2. Hernia femoral estrangulada, en una mujer de ciento siete años.**—El Dr. H. W. Wickers publica el siguiente curioso caso clínico:

El Dr. Edgard Sóift me llamó el 19 de Junio de 1922 á ver á la Sra. D. F., de ciento siete años, que padecía de una hernia femoral estrangulada, que no podía reducirse.

La paciente había nacido el 4 de Mayo de 1815, en la población de Stark, del Condado de Herkimer (Nueva York);

(1) Esta anestesia fué una de las más accidentadas que recuerdo: por la intensa apnea y por el estado sincopal que acusó el enfermo, fué necesario administrarle inyecciones de aceite alcanforado, cafeína, etc., viéndonos obligados á colocarle durante un buen espacio de tiempo en posición de Trendelenburg; se repuso pronto, desapareciendo el cuadro de gravedad aparatosa que presentaba.



descendía de una raza sana y de marcada longevidad. El padre había muerto á la edad de noventa y siete años, la madre á la edad de setenta y seis, un hermano á la edad de noventa y cinco años y el esposo á la edad de ochenta años. Hacía poco que un sobrino había muerto á la edad de ochenta y siete años. La paciente se había casado á la edad de diez y nueve años y tenido seis hijos, dos de los cuales vivían, y uno de ellos tenía más de ochenta y tres años. Siempre había sido sana, sobria en los alimentos, de disposición muy tranquila y benigna, satisfecha de su suerte y muy trabajadora. La enferma manifestó que, hasta hacía cuatro años, había atendido siempre á su huerta, y que tenía la costumbre de sembrar todos los años un repollo, por cada año de su edad. Pesaba unos 45 kilogramos y tenía 1,52 metros de talla. Podía recordar los acontecimientos que habían tenido lugar á la edad de seis años, y se mantenía al tanto de los sucesos de actualidad. Leía y cosía sin utilizar gafas, y era bastante sorda, debido esto á una infección gripal que había sufrido unos tres años antes. Se había mudado hacía poco á la aldea de Jordanville, después de vivir ochenta y nueve años en la misma casa.

Cuando el Dr. Swift propuso la operación, la paciente se opuso á ella, diciendo: «He tenido esta molestia más de treinta años y siempre se ha curado antes, y no hay razón para que no suceda esto también ahora.» Se le administró alguna tintura alcanforada de opio, y, advertida la familia del estado, le ordenó al médico que hiciera los preparativos para la operación en seguida, y me llamaron en consulta. Aconsejamos no trasladar á la enferma á un hospital, pues ya era muy tarde en la noche, los caminos eran malos y la distancia unos 22 ó 23 kilómetros. La Srta. Ada Rombough, subadministradora del Hospital Rural de Little Falls, N. Y., me acompañó y ayudó. Llevamos con nosotros los instrumentos necesarios y apósitos. Habilitamos una sala de operaciones en uno de los aposentos, é improvisamos una mesa operatoria. Tres quinqués grandes, colocados á alguna distancia, nos proporcionaban una luz buena. Esterilizamos los instrumentos en una palangana grande, que también nos sirvió de bandeja de instrumentos. Ya todo dispuesto, el Dr. Swift comenzó la anestesia (con éter), con la paciente encamada. Cuando se hallaba parcialmente bajo los efectos de la anestesia, la trasladamos á la sala de operaciones. Mientras se completaba la anestesia, preparamos á la enferma para la operación, que se practicó en la forma habitual. Cerramos el anillo femoral con catgut crómico núm. 1. La operación duró media hora, y la paciente reaccionó al anestésico en forma normal.

Al día siguiente la enferma se levantó y quitó los apósitos. Al tercer día el médico la encontró en otro aposento sentada á la mesa y tomando su cena. La herida cicatrizó sin infección alguna, y hasta la fecha no ha recurrido la hernia. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 1.º de Diciembre de 1923.)

## TERAPEUTICA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Sobre la incompatibilidad del yoduro potásico administrado al interior y los calomelanos en aplicación externa,** por C. J. Kening.—Diversos tratados consignan el peligro de lesiones que puede resultar de la administración simultánea del yoduro de potasio al interior y de los calomelanos en aplicaciones externas.

El autor, queriendo cerciorarse por sí mismo de los fundamentos de tales temores, ha hecho algunos trabajos ex-

perimentales de los que ha dado cuenta á la Sociedad de Laringología, Otología y Rinología, de París.

A tal efecto ha inyectado un gramo de yoduro de potasio en la vena marginal de la oreja de un conejo y, algunos minutos después, ha espolvoreado en la conjuntiva del mismo conejo una pequeña cantidad de calomelanos. Los resultados no se hacen esperar, pues inmediatamente se provoca una irritación considerable de la conjuntiva y de la córnea, con congestión violenta, quemosis, secreción mucopurulenta, infiltración y ulceración de la córnea. Estas lesiones son visibles sobre la preparación microscópica que ha presentado el autor.

Los temores consignados en los tratados tienen, pues, un fundamento real, comprobable, experimental y sencillamente, y por consecuencia debe evitarse á todo trance el insuflar calomelanos en el ojo, en la laringe y en ninguna superficie mucosa, en las personas que se hallan tomando yoduro potásico al interior. (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, núm. 4, 29 de Febrero de 1924).—T. R. Y.

2. **Las inyecciones rectales de quinina,** por William Fletcher.—Critica el autor la administración en enemas de la quinina, que produce de ordinario la aparición de moco y sangre en las heces; en los trópicos, los médicos generalmente atribuyen estos síntomas á una complicación del paludismo con disenteria. Sin embargo, muchos autores recomiendan la administración rectal de la quinina, siendo los resultados iguales á los obtenidos cuando se emplean otras vías. El autor refiere varios casos en los cuales siguieron trastornos serios á la administración de enemas de quinina con solución salina, ó con opio y almidón. Además, el examen de la orina no demostró que el medicamento hubiera sido eliminado, por lo cual concluye que la quinina administrada *per rectum* es demasiado irritante y no debe emplearse más que cuando otros medios no sean disponibles. (*The Journ. of Tropical Med. and Hygiene*, núm. 13, 2 de Junio de 1923).—E. LUENGO.

3. **Gastroenteritis infantiles y caseinato de cal,** por el Dr. Marc Couton.—El caseinato de cal, nuevo medicamento en el tratamiento de las gastroenteritis infantiles, es un cuerpo perfectamente definido químicamente; se presenta bajo la forma de un polvo blanco, fino, sin sabor, fácilmente mezclable con toda clase de leches hasta con las leches condensadas ó concentradas. Todas las cualidades de los sueros de leches y leche albuminosa agregadas al agua de cal existen en el caseinato de cal (Larosán «Roche») que ha estudiado el Dr. Marc Couton, en un trabajo muy documentado, establecido sobre muy numerosas observaciones tomadas en los servicios de Pediatría de los hospitales de París; como lo hace observar muy bien, el Larosán «Roche» es el cuerpo menos tóxico que poseemos para el niño de pecho gastroenterítico; no es, pues, de extrañar que se obtenga con su empleo excelentes resultados, no solamente en todas las formas de las diarreas de los niños de pecho, sino también en todos los casos de dispepsia ácida, tanto en los niños como en los adultos; por otra parte, su conservación ilimitada le convierte en un alimento infinitamente precioso para los países cálidos y en todas las partes donde es rara la leche fresca.—(Tesis de la Facultad de Medicina de París, 1923).



## 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 *Dr. Carlán*. — La Escuela Nacional de Sanidad y la educación sanitaria del país, por el *Dr. Martín Salazar*. — Una justa reivindicación, por *Antonio Espina*. — Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por *Marín Amat y Sedizal*. — Sección oficial: Gobernación. — Presidencia del Directorio Militar. — Marina. — Instrucción Pública y Bellas Artes. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

## Boletín de la semana.

Marcas de fábrica. — Sigue la expectación.

Viene estableciéndose la costumbre, más ó menos autorizada y que tiene su legítimo origen en el mundo mercantil, de abreviar para las transacciones, comunicaciones telegráficas y análogos fines, los nombres de las compañías y empresas, llegando hasta formar monogramas con las iniciales de los sustantivos y adjetivos que componen el verdadero título de la asociación que se pretende designar. Este procedimiento expeditivo, económico y mercantil tiene su natural empleo en el mundo del telégrafo, la bolsa y el mostrador; pero es el caso, que por alardes modernistas (pues no le vemos otra utilidad) viene haciéndose extensivo á algunas, pocas, colectividades que se proponen (ó se debieran proponer) más altos fines que los de la compra y la venta, dando lugar á confusiones tanto más posibles, cuanto más se espiritualice el negocio de que se trate.

Viene á cuento este preámbulo por nuestro deseo de responder á alguna duda que se nos comunica acerca de la significación que puede tener una agrupación ó consorcio de médicos franceses y españoles que ha aceptado el monograma de *UMFIA* y que según parece tiene por objeto el de estrechar las relaciones científicas y profesionales de los pueblos latinos europeos con las repúblicas *ESPAÑOLAS* de la América del Sur.

Por antecedentes, nada nuevos, de la cuestión, y por lo que un periódico que como órgano del asunto se publica en París, podemos decir que lo que se ha tratado de significar con la extravagante palabreja es: *Unión Médica Francesa-Ibero-Americana*. Con efecto, sobre la *U* no creemos que quepa duda; ya en la *M* cabría vacilar, epigramas aparte, acerca de si significaba *mercantil* ó *médica*, pero claro es que ha de admitirse la segunda interpretación; lo grave aparece á partir de la *F*, pues si ella significa *francesa* y no *farmacéutica*, *financiera* ú otra palabra menos piadosa que nos insinúan, nos parece que comienza á darse un sello demasiado acentuado en el sentido antiespañol al objeto de la empresa, muy particularmente en lo que se refiere á la actuación de las relaciones suramericanas.

Efectivamente, ni en la *I* que sigue, ni claro está que en la *A*, vemos aquella inicial que á nuestro país correspondería y que debiera ser ó la *H* si se quería hablar latinizando, ó la *E* si se quería hablar á la moderna, como se hace al emplear la *F* para designar la palabra *franco* y no la *G* que al latinizarla en el adjetivo *gálica* le correspondería. Quedamos, pues, en que ni en latín ni en castellano aparece el concepto *ESPAÑA*, cosa que en otros asuntos podrá ser menos importante; pero que al hablar de tentativas de influencia y de atracción sobre el Sur de América es de esencialísima significación, pues por muchas vueltas que le demos no acertamos á comprender la equiparación de los franceses, los italianos y los portugueses con España, en las relaciones suramericanas.

El triple aspecto que afecta á la cuestión en sus dos primeros momentos (el de descubridor y el de civilizador), es absolutamente español; el tercero, el de explotador, es el que ahora quiere desfigurarse con los adjetivos de *latina* é *ibera* con que mañosamente se designa á los pueblos que descubrió el genio español, conquistó la sangre española, civilizó el habla castellana y elevó al mundo del espíritu la idea cristiana por España llevada á aquellas regiones y profundamente en ellas arraigada.

Conste, pues, que la interpretación que á nosotros nos merece esta tercera ó cuarta tentativa, que buscando en otro tiempo su primer fundamento en el malsano espíritu separatista de alguna región, quiere ahora propagarse por sorpresa al país entero, es que en toda tentativa de unión, de relación, de apelación á la juventud estudiosa que se efectúe entre nuestro país y las repúblicas del Sur de América debe decirse claramente que la empresa lleva por pabellón el hispano americanismo, ya que á los portugueses en el sólo caso del Brasil les compete tal asunto y á los franceses ni por su lengua, ni por su origen, ni por su historia parece que les ha de preocupar mucho, aparte del elevado papel que su país desempeña en la cultura general del mundo.

Nos encontramos en la misma situación que en nuestro anterior número, para poder comunicar da-



tos *positivos y fehacientes*, acerca de la reforma que ha de implicar el esperado Reglamento surgido del Estatuto municipal.

Muchos son los rumores que corren; muchas las profecías que se hacen á gusto de cada uno, ora por interés propio, ora por deseo de contrarrestar el interés ajeno; lo que nosotros tenemos por más cierto es, que los señores que constituyen la Junta redactora de los Reglamentos filiales del Estatuto se han percatado bien (y ya es algo) de los múltiples aspectos de conveniencia, de justicia y de equidad que envuelve el problema que á su estudio se ofrece y que no quieren dejarse arrastrar por iniciativas unipersonales de más ó menos respetable competencia, que puedan, sin satisfacer á nadie, malograr en su espíritu y en su fondo toda la anhelada substancia de autonomía en que se quiere que esté impregnado el organismo de la administración local de nuestro país.

¿Será que nos ciegue el amor propio? Es muy posible, y comenzamos por no negar que lo sea; pero mientras el asunto se estudia, y antes de que se resuelva, no queremos cometer la deslealtad de callar, no insistiendo en el consejo de que las personas que en el asunto intervienen vean con detenimiento lo que respecto á Inspectores municipales (unificados con los médicos titulares) dice, la que debiera ser *vigente* Instrucción de Sanidad. Perdónesenos la pesadez y la insistencia, pero dudamos que pueda darse más equitativa, justa y conveniente solución al asunto dejando á un propio tiempo á salvo los prestigios de las autoridades locales, los del Estado y la independencia, inamovilidad y decoro de los médicos titulares, que bien ganado tienen el respeto que se les debiera, siquiera análogo al de los maestros y los sacerdotes de cada localidad.

Cada uno de estos meritorios y dignos hombres de carrera, siempre expuestos á todos los rozamientos de los egoísmos y á todas las presiones de la caciquería, ninguna culpa tiene de la forma de dejadez y viciosa actuación en que con indisculpable tolerancia de las autoridades actuó el organismo que con el nombre de Junta de defensa se creó para ampararle en el ejercicio de sus derechos y del servicio público; buena prueba de que no eran cómplices de tal descuido y torpeza, la dieron los titulares en sus plebiscitos negativos y en su alejamiento á las elecciones; pero el que la tal Junta se haya suicidado defraudando las esperanzas de los mismos que la crearon, no es una razón para que el titular no esté garantido sin ella, en la inamovilidad de su puesto, en la percepción de sus haberes y en la absoluta independencia de su función sanitaria que es la garantía muchas veces, por no decir siempre, de todo concepto administrativo sanitario

en lo ordinario y de todo conflicto local ó generalizado en los momentos de las declaraciones epidémicas.

Creemos, y lo diremos una y mil veces, que estatuido el Cuerpo de Inspectores municipales sanitarios unificados con los titulares, tal y como manda (habiendo sido sistemáticamente desobedecida) la Instrucción General de Sanidad, el médico titular queda á cubierto de toda presión de injusticia y de todo peligro de atropello. ¡Dios perdone á los que por ignorancia, por egoísmo, por descuido ó por lo que quiera que sea, han malogrado lo que hoy constituiría un bloque de resistencia que impondría mayor respeto y por mejores razones, que el Cuerpo constitutivo del Magisterio é igual al del sacerdocio mismo!

DECIO CARLAN

### La Escuela Nacional de Sanidad y la educación sanitaria del país

POR EL

DR. MARTÍN SALAZAR

Ahora que estamos en tiempos de intensa reconstrucción política y social, hay que repetir más que nunca, para que penetre bien en el cerebro de las gentes, que las tres funciones del Estado que en España requieren una reforma más radical, son por orden de interés y de prelación natural: la Sanidad, la Instrucción pública y la Justicia. Todo lo demás, podríamos decir, se nos dará por añadidura; y cuanto sea entretenerse en otras minucias administrativas de menor cuantía, será prescindir de lo principal, y buscar fútiles vanaglorias que no han, seguramente, de perdurar mucho tiempo.

Sin ciudadanos sanos y vigorosos de cuerpo y espíritu, que sean capaces de gran trabajo físico y mental, no hay sociedad civilizada posible, y, sobre todo, no hay progreso material y espiritual, propiamente dicho. A ese fin hemos nosotros de aspirar, haciendo cuantos esfuerzos sean posibles por conseguirlo pronto, ya que nuestra situación sanitaria presente no puede ser más lamentable. Nosotros tenemos, junto con una natalidad cada vez menor, una mortalidad media de 21 á 22 por 1.000 habitantes, y una morbosidad proporcional, en la que abundan infinito número de enfermedades evitables. Esto hace que pasen años y años sin que aumente gran cosa la población total de España, y sin que crezca como debiera crecer nuestra riqueza positiva y nuestra representación internacional. Este último fenómeno, puesto de manifiesto en todo momento en los asuntos diplomáticos, es achacado por los políticos de profesión, á causas de toda naturaleza, menos á aquella de que realmente depende, á saber: á la falta de crecimiento del censo total de la población, ó sea á la escasez de nuestro capital humano, comparado con el de otros países. Porque hay que desengañarse: el valor de una nación ante las demás, está representado por el número de sus habitantes y por la capacidad de



éstos para el trabajo físico y mental, productor de riqueza y civilización.

Un país como el nuestro, que con 21 á 22 millones de habitantes pierde todos los años medio millón de ellos, lo que ha hecho que en lo que va de siglo hayamos perdido, próximamente, 11 millones de individuos, cuando con sólo haber tenido una mortalidad media semejante á la de los demás países de Europa y América, nos hubiéramos ahorrado en el mismo tiempo cuatro millones de vidas, y hubiéramos aumentado en esas cifras nuestra población total, es una nación incapaz de redención económica, política y social, mientras no resuelva su problema sanitario, que es en orden de importancia el primero que España debiera solucionar.

Para resolver este problema, hay que acometer la realización de un plan completo de reformas sanitarias urgentes que hagan disminuir las cifras medias de nuestra mortalidad y morbosidad actuales; y entre esas reformas, ocupa un lugar preferente la preparación del personal técnico encargado de la función oficial de la Sanidad pública. ¿Cómo conseguir esta preparación? Es nuestra opinión, sostenida desde hace mucho tiempo, que sólo se puede obtener ésto, creando una Escuela Nacional de Sanidad, sobre la base del Instituto de Higiene de Alfonso XIII y el Hospital del Rey para enfermedades infecciosas, al frente del cual se hallaba el Dr. Marañón, que se ha visto hace poco obligado á presentar la dimisión de su cargo.

Este pensamiento de crear la Escuela Nacional de Sanidad iba ya en una de las bases del proyecto de Ley de Sanidad presentado en las últimas Cortes al Senado, y formaba parte del plan de reorganización sanitaria que, por iniciativa mía, estudió é informó favorablemente una comisión magna nombrada por el actual subsecretario de Gobernación Sr. Martínez Anido; el cual, después de detenido examen, no le pareció bien aprobar.

Dicha Escuela es, á nuestro juicio, absolutamente precisa para ampliación y especialización de conocimientos higiénicos, no sólo para los médicos, sino para todos los demás profesionales sanitarios: como químicos, veterinarios, arquitectos, ingenieros, odontólogos, practicantes, enfermeras, sanitarias, etc.

Es absurdo que, mientras en la práctica de la medicina curativa se admiten especialidades y se exigen estudios particulares para ejercerlas con provecho, no se crea necesario y hasta indispensable, profundicen los estudios de la medicina preventiva aquéllos que hayan de estar encargados de defender los intereses de la salud pública. Y esto es tanto más de sentir, cuanto que por una tradición funesta de nuestro vigente plan de enseñanza, la medicina preventiva, que constituye hoy el ideal de la ciencia médica, por su carácter social, y porque siempre será preferible prevenir que curar, anda casi olvidada de los planes de estudios de nuestras Escuelas, y salen los jóvenes médicos sin tener más que una vaga idea de los numerosos é importantísimos problemas que se relacionan con la profilaxis pública en las enfermedades infecciosas, y de todos los

demás aspectos de la reorganización de la Sanidad en España.

También deberían salir de esa Escuela Nacional de Sanidad los encargados de la educación sanitaria del país, que es una función social casi olvidada entre nosotros, y sin la cual es imposible verdadero progreso sanitario alguno.

Los norte-americanos, desde hace algún tiempo, están poniendo un gran interés en la educación sanitaria de su nación; y el Dr. Víctor C. Vaughan, uno de los primeros higienistas y epidemiólogos de los Estados Unidos, llega en su libro «Epidemiology and Public Health», hasta decir, que el verdadero índice de intelectualidad de un pueblo está en el grado de previsión que pone para conservar la salud de sus miembros; y hasta agrega, que no sólo es esta la medida de su intelectualidad, sino al mismo tiempo, la de su sentido moral.

Convencidos de que el más seguro camino para conseguir la educación sanitaria del país, es la enseñanza de la higiene en las escuelas públicas, el Estado de Michigan, primero, y después otros de la gran República, han dictado leyes haciendo obligatoria la enseñanza de la higiene en las escuelas, é imponiendo en su plan de estudio á los maestros, no sólo las nociones de higiene general, sino el conocimiento de la naturaleza, causa y prevención de las enfermedades transmisibles.

Esta es una reforma que debiera con urgencia plantearse también entre nosotros, creando en las Escuelas Normales cátedras de Higiene desempeñadas por médicos especializados en estas materias, con el fin de que los maestros que salieran de ellas estuvieran perfectamente enterados de cuanto sobre este importante punto tienen que enseñar á los niños. El ideal en esto sería que todos los ciudadanos, al salir de las escuelas, tuvieran una idea sencilla, pero precisa, de los modos de conservar su salud, contribuyendo de esta suerte, á la eficacia de las medidas de profilaxis pública que establecieran las leyes sanitarias de los municipios y del Estado.

En nuestra opinión, y no es apasionamiento de viejo sanitario, no hay nada más beneficioso á la vigorización y perfeccionamiento de la raza, que la debida instrucción del niño en las materias relacionadas con la defensa de su salud y la de sus semejantes.

Decía el sabio alemán Leibnitz: «permitidme educar el niño de dos ó más generaciones y yo seré capaz de transformar el mundo». Pues bien, conforme con este parecer del gran filósofo, la enseñanza obligatoria de la higiene en las escuelas y la educación sanitaria de los niños en todo el país, haría cambiar favorablemente el estado de nuestra sanidad pública, haciendo que disminuyeran notablemente en el transcurso de una sola generación las cifras aterradoras de su morbosidad y mortalidad actuales.



## UNA JUSTA REIVINDICACIÓN

Sr. D. Carlos María Cortezo.

Querido amigo Carlos: Fiado en tu prodigiosa memoria, rejuvenecida al dictar los preciosos artículos coleccionados bajo el nombre de «Paseos de un solitario», has evocado el nombre de uno de nuestros más queridos amigos, el de Manuel Sanz Bombín. Yo también le he evocado en estos días en que se ha inaugurado solemnemente un dispensario antivenéreo en la calle de Segovia.

Te acordarás de las reñidas oposiciones de 1873, cuando en plena juventud acudimos al llamamiento del entonces gobernador civil de Madrid, el republicano Nicolás Estébanez, para fundar el Cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad de Madrid. Allí se hicieron las primeras oposiciones con votación pública y nominal de los jueces, y quedó constituido, después de reñidísimos y brillantes ejercicios, aun cuando sea inmodestia de mi parte por haber salido premiado en ellas, el Cuerpo que si no desarrolló todas las actividades que se vislumbraban en el programa que sirvió para ellas, lo que sí es seguro es que por primera vez hubo en Madrid un Cuerpo de médicos técnicos para reconocimiento y evitación de las enfermedades transmisibles sifilíticas y venéreas, y que actuó durante cerca de treinta años, hasta el Real decreto desdichado de D. Juan la Cierva, que le desorganizó por completo.

De aquel Cuerpo y de aquellas oposiciones sólo quedo yo, y no es realmente la reivindicación que pido para mí, sino para nuestro querido y olvidado Manuel Sanz Bombín, cuyo nombre se debía haber dado al dispensario que representa la organización moderna, más que el de Juan Azúa, persona de tanto cariño para mí casi como Bombín, pero que en manera alguna se significó en la especialidad que representa este dispensario, y ni aun en la de sifiliografía y dermatología brilló tanto en la primera, como fué astro de primera magnitud en la segunda.

Hay hombres desgraciados en la vida, y hasta después de muertos no se les hace justicia, pero yo quiero descargar mi conciencia de este peso y reivindicar para el Dr. D. Manuel Sanz Bombín, primer jefe del Cuerpo de inspectores de salubridad pública de Madrid, el que ya que el nombre no pueda figurar como yo creo de justicia que debió ponerse al frente de esa obra, por lo menos que en uno de los sitios públicos de este dispensario se coloque su retrato *in memoriam justiciæ*.

Creo, amigo Carlos, que acogerás gustoso en el periódico de tu digna dirección esta reivindicación que la ofrezco á Manuel Sanz Bombín.

Tuyo como siempre,

ANTONIO ESPINA

28 Junio, 1924.

## Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

Notable es por todos conceptos la interesantísima conferencia que el joven Dr. Castresana dió en el Colegio de Médicos de esta Corte, el lunes 7 del actual.

Hizo la presentación del conferenciante el presidente del Colegio de Médicos Dr. Banc, quien seguramente ignoraba las grandes dotes científicas y literarias que adornan al Sr. Castresana, que hace su aparición en la vida profesional por el camino honorable de la ciencia y del esfuerzo personal, con un acto de tanta valía oftalmológica como fué su magistral conferencia acerca de un asunto tan nuevo y de tanto interés en nuestra especialidad, como es la *Oftalmoscopia á la luz exenta de rayos rojos*, que ampliamente ha estudiado en diversas clínicas extranjeras (suizas, austriacas y alemanas) y del que conoce tan á fondo que ya tiene un libro en publicación.

En esta conferencia el Dr. Castresana hizo un estudio acabado, claro y ameno, primeramente de los fundamentos científicos en que se apoyó Vogt (de Basilea), para la introducción en Oftalmología de este precioso recurso diagnóstico, descartando de la parte no visible del espectro los rayos caloríficos y de la parte visible los violetas (rayos de onda muy corta) y los rojos (rayos de gran longitud de onda), estos últimos tan abundantes en las luces artificiales y que impiden la percepción en vivo del color amarillo-limón propio de la mácula; utilizando solamente para el examen oftalmoscópico los rayos luminosos de mediana longitud de onda, es decir, los correspondientes aproximadamente al tercio central del espectro cromático, razón por la cual no es apropiada la designación de «luz verde», que llaman los franceses, sino de «luz exenta de rayos rojos». También refirió la contribución alemana, inglesa y americana en este capítulo especial de la Oftalmoscopia.

Después describió á la perfección los aparatos y técnica empleados con este objeto, mostrándonos una magnífica lámpara de la Casa Zeiss, de arco voltaico, que da una iluminación de más de 1.000 bujías (indispensable para poder ver el fondo del ojo con esta clase de luz) y que va provista de un aparato de relojería para la aproximación de los carbones; de una lente biconvexa concentradora que puede desplazarse al objeto de obtener rayos paralelos, convergentes ó divergentes en relación con la refracción ocular del paciente y de dos cristales montados en una armadura, en cuya composición entran el sulfato de cobre y la erioviridina, en las proporciones exactas (para la absorción de los rayos rojos). Complementan la lámpara una resistencia y un soporte que sostiene una cubeta de cristal que se llena de agua y se coloca á la altura de la lámpara para que sean absorbidos los rayos caloríficos. También nos enseñó por medio de proyecciones otras dos lámparas de las que se utilizan con el mismo objeto.

Después describió los oftalmoscopios que para esta clase de exploración se usan, los cuales tienen los espejos inclinados (como los utilizados en toda oftalmoscopia á la imagen derecha) y pudiendo servir cualquiera, si bien son los preferibles los de Haab, Vogt y Morton, debiendo todos tener los bordes opacos para evitar la aberración de esfericidad, que dificulta siempre el examen.

Pero donde más se detuvo fué en la exposición de todos los detalles referentes: 1.º, á la colocación del foco luminoso con relación al enfermo (formando un ángulo de 90º con el plano sagital del cuerpo), y de tal forma que el tercio posterior del haz luminoso ilumine el reborde orbitario externo y que los dos tercios anteriores pasen transversalmente por



delante del ojo, donde se recogen con el espejo correspondiente para iluminar el fondo; 2.º, al estado de la pupila, que debe ser en ligera midriasis, y 3.º, a la colocación del oculista, que no es otra que la del examen oftalmoscópico a la imagen derecha, única que puede practicarse con la luz exenta de rayos rojos, puesto que la poca intensidad luminosa (a pesar de la potencia del foco, puesto que son absorbidos la mayor parte de los rayos), impide el examen a la imagen invertida, que por otra parte produce un aumento insuficiente (de 4 a 5 diámetros) para esta observación.

A continuación nos explicó el aspecto del fondo del ojo normal bajo la iluminación de la luz exenta de rayos rojos, dedicando especial atención al estudio de la coloración amarilla de la mácula, de los reflejos del fondo del ojo, de la coloración de la retina, de la papila óptica y de los vasos retinianos.

Y por último, nos mostró en proyecciones magníficas láminas de lesiones diversas de la retina, papila, nervio óptico, mácula y coroides, tomadas por él entre los muchos cientos de enfermos que ha reconocido con el nuevo procedimiento de Oftalmoscopia; terminando su conferencia ensalzando las insuperables ventajas de la iluminación de Vogt, para el diagnóstico de las afecciones nerviosas (mácula, retina y papila), del fondo del ojo, así como en las delicadas afecciones del sistema vascular del mismo.

En esta conferencia el Dr. Castresana (hijo) demostró no sólo su competencia de maestro en el asunto que trataba, sino, además, su gran conocimiento en toda la Oftalmología, la que ha de esperar mucho de la inteligencia y laboriosidad del nuevo oculista, á quien muy efusivamente felicitamos, así como á su señor padre el Dr. D. Baldomero Castresana.

DR. MARÍN AMAT.

• •

Dejaríamos incumplidos los fines propuestos, si después de la detenida y oportunista información y divulgación de los asuntos en los Centros culturales médicos tratados, no añadiéramos en esta sección algunas razonadas consideraciones que claramente demostraran la cooperación que cada cual aportara al progresivo desarrollo científico, no perdiendo de vista que en EL SIGLO MEDICO se adoptó esta innovación al comienzo del curso en la Real Academia Nacional de Medicina en Enero, cuando ya la mayor parte de las Sociedades se hallaban en funciones.

Partiendo, pues, de la fecha indicada, fácil será encontrar al interesado ó curioso, no sólo el índice de las cuestiones abordadas, sino el imparcial y desapasionado juicio de conjunto que de la actuación de las distintas Academias hemos deducido.

Y acoplándonos al orden en que dentro de la semana esta Revista ha venido de ellas ocupándose, empezaremos por la ACADEMIA MEDICO QUIRURGICA ESPAÑOLA en que como siempre se inician, forjan y depuran las reputaciones.

«Modificaciones introducidas en el procedimiento de Gland para la extirpación de laringe», por el Sr. Hinojar (A.); «Abscesos de trompas abiertos en recto, vejiga, vagina, etc., é incidentes á que dan lugar», de que se ocupó el Sr. Moartúa, y á que hizo observaciones el Sr. Luque; «La Insulina en el tratamiento de la diabetes», de que fué ponente el Sr. Nogueras, en que de momento intervino el Sr. Carrasco, y en día posterior los Sres. Luque, Olivier, García Triviño y Carro; el Sr. Calderín un caso de «Laringectomía por el procedimiento de Gland sin las deformidades de que se hacen eco algunos apasionados»; habla de «Falsos cardíacos» el Sr. García Triviño, y le arguyen los Sres. Carro

y Crespo; «Los fenómenos espiritistas y sus funciones psicológicas», del Sr. Alvarez Salazar; unos cuantos casos de «Estrabismo convergente», tratados por el Sr. Basterra; otro caso de «Sinergia» presentado por el Sr. Marín Amat; el Sr. Larrú uno de «Noma con atrepsia consecutiva de la boca», que fracasada en Cirugía recurrió con éxito á la electrocoagulación; el Sr. Marsión «Las secreciones lácteas persistentes», á que aporta sus observaciones el Sr. Recasens (L.); «Un caso de trasplantación por parálisis del deltóideo», por el Sr. Bastos; amplía el Sr. Marín Amat sus apreciaciones acerca de la «Sinergia» con el caso á la vista, y en su discusión toman parte los Sres. Sanchis Banús y Basterra; expone el Sr. Calvache su criterio en «Fracturas de la mandíbula», y de acuerdo con él presenta un aparato protector de ésta y del velo del paladar; á nombre del señor Tapia, el Sr. Hernández da cuenta de dos operados de laringectomía por el procedimiento de Gland; presenta el Sr. Castillo un joven afecto de «Linfosarcoma del párpado superior del ojo derecho», á que por sus antecedentes sífilíticos no se atreve á operar, y le recomiendan distintas soluciones los Sres. Marín Amat y Larrú; el Sr. Covisa (D. José) hace una luminosa disertación acerca del «Cáncer experimental del alquitrán», y al interesante tema añade el Sr. Goyanes el resultado de sus experiencias; el Dr. González Boch, profesor de Psiquiatría de la Univesidad de Buenos Aires describe el «Método gráfico de las enfermedades mentales», delimita el Sr. Bejarano los casos y dosis en que el neosalvarsán debe ser empleado, y hacen objeciones los señores Sáinz de Aja, Lafora, Sicilia, Portilla, Criado, Basterra, Covisa (J.) y Sanchis Banús; el Sr. Sicilia presenta unos cuantos casos de «Epiteliomas tratados por radioterapia», á que oponen algunos reparos los Sres. Larrú y Piga; el Sr. García Triviño se ocupa de las «Bronconeumonías atípicas» exhibiendo una radiografía que el Sr. Larrú juzga borrosa y falta de detalles; historia el Sr. Blanco Soler el caso de un muchacho cuyo problemático diagnóstico pide á los clínicos aclarar, opinando el Sr. Olivier tratarse de un reumatismo, el Sr. Moartúa de endocarditis recidivante, y el Sr. Arresí de un reumatismo articular; el Sr. González Ugena habla del «Drenaje de las vías biliares», y en su discusión intervienen los Sres. González Campo, Serrada, Arresí, Olivier y Crespo; el Sr. Sanchis Banús relata el proceso de dos casos que califica de «Psicogénicos impulsados por el delirio persecutorio de los ciegos», tomando parte en su discusión los Sres. Sánchez Herrero y Lafora; explana el Sr. Torre Blanco el tema «Menorragias en las púberes»; el Sr. Castillo da cuenta de un caso de «Fibroadenoma orbitario», operado con absoluto respeto del ojo y músculos, siendo felicitado por el Sr. Basterra; el Sr. Hinojar (A.) presenta un caso en que practicó la radical sin taponar la cavidad en que el colesteatoma tuvo asiento, y de la «Extirpación de las amígdalas por aspiración», á que oponen algunos reparos los señores Fernández Seco y Casadesús; el Sr. Sáinz de Aja presenta un adulto con «Oeomas en los brazos»; el Sr. Larrú cree inofensivas las irradiaciones en el embarazo, y no lo estima así el Sr. Torre Blanco, que las condena; el Sr. Landeta presenta á un joven que, afecto de parálisis facial é inmovilidad de la comisura, ha corregido la imperfección con un aparato; presenta el Sr. Sicilia una señora curada de un «Epitelioma pigmentado en 25 sesiones de rayos X»; vuelve á ocuparse el Sr. Basterra de la «Extracción de la catarata por el vacío», sistema Barraquer, y especial ventosa por él ideada y presentada, y á ella opone el Sr. Marín Amat discretas objeciones; relata el Sr. Olivier un caso de «Atrofia caseosa de las cápsulas suprarrenales», en que intervienen los Sres. Blanco Soler, Sicilia y Madinaveitia; el Sr. La



Muela da cuenta de un parto dificultado por una cicatriz que obstruía el cuello, al que hubo que incidir, siendo arguido por el Sr. Torre Blanco y Luque; el Sr. Serrada da cuenta de una «Tumoración fibrinosa de pñoro», rara por la edad de la paciente, á que aportan observaciones y datos los Sres. Catalina, Arresí y Olivier; el Sr. González Ugena hace comparecer á dos individuos en quien son manifestos los efectos de la intradermorreacción; el Sr. Catalina trae á cuento la debatida cuestión del procedimiento á seguir en la «Úlcera gastroduodenal», en que emiten su opinión los Sres. Mogena, Larrú, Arresí, Jiménez Martín, Carro, González Campo, Madinaveitia, Yagüe, Piga y Covisa; el Sr. Sánchez Herrero habla de Dios, del Sinaí y del efecto moral obtenido en su pueblo; extensamente se ocupa el Sr. Carro de la «Leucemia esplenomeloides» en que el Sr. Haro y Piga intervienen; el Sr. Partearroyo por primera vez se exhibe, leyendo una comunicación epigrafiada «Paramelitensis y Paramelitococias»; disertó el Sr. Alvarez Salazar acerca de «El poder motor de la percepción como signo diagnóstico de evaluación mental», por el cual el Sr. Sánchez Herrero le felicita; se ocupa el Sr. Larrú del «Poder difusivo», á que los Sres. Basterra y Roda arguyen; el Sr. Covisa (I.) exhibe un cálculo alrededor de un hilo de sutura de seda fraguado en la vejiga de un chico y del que da cuenta para que no se empleen sustancias no absorbibles; el señor Moartúa habla de la «Retroversión uterina», como causa determinante de síndromes digestivos, á que hacen objeciones los Sres. Sicilia, Olivier y Torre Blanco; el Sr. Muñoz desarrolla el tema «Profilaxis del sarampión, por el suero de convalecientes», á que arguyen los Sres. Sicilia y Tapia; el Sr. Basterra presenta desarticulado y con todo detalle describe «Un aparato nuevo modelo para la extracción de la catarata por el vacío»; el Sr. Sicilia desarrolla el tema «Resultados clínicos de los antisifílicos y tipos de sífilis»; el Sr. Hinojar presenta un operado de ozena por un procedimiento propio, y otro de extirpación de laringe con la modificación por él introducida en el de Glauke; el señor Ubeda Larachaga lee una comunicación que versa sobre el «Tratamiento etiológico de las enfermedades del corazón»; el señor Mogena da á conocer un trabajo á propósito de «Las reacciones biológicas en el quiste hidatídico, en que intervienen los señores Sadi de Buen, Duarte y Partearroyo; el señor Gallego relata los éxitos obtenidos con las inyecciones de aceite alcanforado al 20 por 100 como abortivo de la pulmonía; los señores Benedal y Larrú presenta en colaboración un caso de «Epitelioma cutáneo senil de la frente», tratado con éxito por electrocoagulación, á que hacen observaciones los señores Sicilia, Portilla y Piga; el Sr. Recasens (L.) da cuenta de un caso de placenta previa y de flexión apreciada por radiografía en el octavo mes de embarazo, en que el Sr. Torres Blanco no ve nada de particular por ser muy frecuentes; lee el Sr. López Durán la historia clínica de un joven platero en quien persiste el agujero de Botal, y á que el Sr. Crespo aduce algunas objeciones; el Sr. Calderín habla de la «Electrolisis por ionización del zinc en otorrinolaringología»; el Sr. Gallego presenta un caso que diagnosticado de apendicitis resultó ser una adenitis en fosa ilíaca de que presenta radiografía, por el Sr. Piga calificada de estrambótica; el Sr. Casadesús historia un caso de «Neuritis retrobulbar de origen desconocido y á todo tratamiento rebelde», en cuya discusión toman parte los Sres. Marín Amat, Basterra y Larrú; da el Sr. Vera lectura á una bien documentada Memoria acerca de la «Morfinomanía»; el Sr. Carrasco estudia la «Insulina en la diabetes», añadiendo á los ya conocidos, nuevos aspectos, á que el Sr. Arresí opone algún reparo; bajo el epígrafe «Efectos

dermovenéreos en relación con los agentes terapéuticos», pasó revista el Sr. Sicilia á toda la Dermosifiliografía; el señor Bejarano se ocupa del «Moderno tratamiento de la lepra»; habla el Sr. Sanchís Banús del «Síndrome nervioso de la diabetes», que es discutido por el Sr. Carrasco, y, por último, el Sr. Bonilla da cuenta de un caso de «Hemoptisis en enfermo tratado por bismuto» en cuya discusión toman parte los Sres. Covisa (J.), Sicilia, Yagüe, Bejarano, Portilla y Sáinz de Grado, poniendo remate á las discusiones el señor Bonilla con su rectificación.

La simple enunciación de los variados y múltiples temas puestos á discusión y en abreviada síntesis transcritos, y de las prestigiosas personalidades que con su intervención los ilustraron, bien á las claras manifiestan la intensiva labor y los esclarecimientos aportados á la ciencia, que con más amplitud podrá consultar, el que así lo desee, en la colección de esta Revista.

Por lo demás, meritoria ha sido en extremo la perseverante y puntual asistencia, imparcial equidad, y bien equilibrado acierto, con que su correcto presidente Sr. Cifuentes dirigió y encauzó las discusiones, siempre sostenidas en un ambiente de cordialidad recomendable; por todos conceptos estimable el caloroso concurso á las discusiones prestado por los académicos; y muy digna de consideración la presencia del público que constante animó y honró sus deliberaciones.

Y por considerarlo muy justo, allá van el sincero parabién y entusiasta felicitación de EL SIGLO MÉDICO á la Academia Médica Quirúrgica, á la terminación de su brillante jornada,

SEDISAL

## Sección oficial.

# GOBERNACIÓN

## REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Dispuesto por Real decreto de 25 de Febrero último que á partir de dicha fecha el nombramiento de Subdelegados de Medicina se haga por concurso-oposición, en virtud de la ampliación de funciones sanitarias que se les encomienda, conviene á la Administración Central Sanitaria, en bien de la mayor eficacia del servicio, que haya cierta uniformidad en los conocimientos del personal que se nombre, y ello no puede resultar sino de la homogeneidad en la constitución de los Tribunales, en los programas que hayan de servir para los ejercicios y en el modo de realizar éstos,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo propuesto por el Real Consejo de Sanidad, se ha servido aprobar el siguiente Reglamento y Programa para las oposiciones á plazas de Subdelegados de Medicina en toda España.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos procedentes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 5 de Julio de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad.

## REGLAMENTO Y PROGRAMA

### para las oposiciones á Subdelegados de Medicina.

Artículo 1.º Para poder tomar parte en estas oposiciones son requisitos indispensables ser español, licenciado en Medicina y Cirugía, no haber cumplido la edad de cuarenta años el día que expire el plazo fijado en la convocatoria.



tener aptitud física necesaria y no estar incapacitado para ejercer cargos públicos.

Art. 2.º Los que deseen tomar parte en las oposiciones deberán solicitarlo del gobernador civil de la provincia á que pertenezca la Subdelegación á proveer, abonando por derechos de oposición, que se distribuirán en la forma dispuesta por Real decreto de 18 de Junio último, la cantidad que se fije por la Junta provincial de Sanidad respectiva.

Art. 3.º Los ejercicios de oposición serán tres: uno teórico y dos prácticos.

El primer ejercicio consistirá en la contestación oral por cada opositor, durante media hora como máximo, á tres preguntas, sacadas á la suerte, de las materias que comprenden el programa: una de Higiene, una de Epidemiología y una de Legislación sanitaria.

El ejercicio segundo versará sobre el examen, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de un enfermo afecto de enfermedad infecciosa. Después de fijar el opositor dichos extremos hará indicación de las medidas profilácticas que deben adoptarse para evitar la propagación de la enfermedad á que se refiere el caso examinado. Si el Tribunal lo estima conveniente, podrá sustituir este examen clínico de un caso infeccioso por el de un demente, limitándose entonces el opositor á averiguar los antecedentes familiares y condiciones individuales y patológicas del caso, y todo cuanto se relacione con la necesidad y urgencia de su reclusión, proponiendo, en su consecuencia, lo que á estos efectos estime precedente.

El tercero y último ejercicio consistirá en la descripción y manejo de un aparato de desinfección, designado por sorteo, y en la redacción de un informe sobre asuntos sanitarios que el Tribunal proponga.

Art. 4.º Las oposiciones se efectuarán en la capital de la provincia respectiva, realizándose el segundo ejercicio en un hospital de la localidad, y el tercero en el Parque sanitario provincial ó municipal.

Art. 5.º El Tribunal, presidido por el inspector provincial de Sanidad, estará constituido por dos vocales médicos, de la Junta provincial de Sanidad, escogidos entre los de mayor competencia en las materias objeto de la oposición, actuando de secretario el que el mismo Tribunal designe.

Art. 6.º En el mismo día que terminen los ejercicios, el Tribunal deliberará y elevará al gobernador civil todo lo actuado y la propuesta de los opositores aprobados por riguroso orden de calificación, no pudiendo incluir en dicha propuesta mayor número de opositores que el de plazas de Subdelegados anunciadas en la convocatoria, y el gobernador civil remitirá á la Junta provincial de Sanidad todo el expediente de las oposiciones para que informe sobre la legalidad de las mismas, después de lo cual el gobernador civil nombrará á los propuestos.

## PROGRAMA

### I

#### Higiene.

1. Atmósfera.—Composición química.—Impurificación.
2. El suelo en higiene.
3. Saneamiento de los terrenos.—Zonas palúdicas.—Gérmenes del suelo.
4. Orígenes de las aguas potables.—Influencia de la naturaleza del suelo en la composición y pureza del agua.—Impureza de las aguas.—Captado de los manantiales.—Pozos y aguas subterráneas profundas.
5. Caracteres físico-químicos y bacteriológicos de un

agua potable.—Recolección de muestras para el análisis.—Interpretación de los resultados analíticos.

6. Abastecimiento de aguas.—Cantidad necesaria por habitante.—El medio hídrico como vector de enfermedades.—Aprovisionamiento de agua de la localidad.

7. Abastecimiento por el agua de lluvias, de ríos y de lagos.—Depuración natural de las aguas y circunstancias en que está indicada la purificación artificial.

8. Filtración natural y artificial de las aguas.—Depuración de las aguas por el calor y los rayos ultravioletas.

9. Depuración por medios químicos.—Ozonizadores.—Sus resultados.—Conducción y distribución de las aguas.

10. Alimentos de origen animal.—Carnes.—Valor nutritivo.—Diversa clase de carnes.—Mataderos.—Organización de estos servicios en la localidad.

11. Enfermedades transmitidas por las carnes.—Triquinosis.—Enfermedades transmitidas por el pescado y por conservas.—Botulismo.—Medios de conservación de carnes y pescados.

12. Leche.—Diversas procedencias.—Composición química.—Principales alteraciones.—Enfermedades que se pueden transmitir por la leche.

13. Métodos de conservación de la leche, quesos y mantecas.—La industria lechera y la higiene.—Higiene de los establos.—Transporte de la leche.—Higiene de las lecherías ó despachos de leche.—Aprovisionamiento de leche en la localidad.

14. Alimentos vegetales.—Inspección sanitaria de la fabricación del pan y de las pastas alimenticias.—Inspección sanitaria de los dulces.—Reconocimiento de setas.—Falsificaciones y sofisticaciones de los aceites.

15. Intoxicaciones causadas por alimentos vegetales.—Ergotismo.—Latirismo.—Intoxicaciones por patatas y setas.

16. Ración alimenticia.—Su fijación.—Principios inmediatos.—Sales.—Aguas.—Vitaminas.—Enfermedades por carencia.

17. Bebidas alcohólicas.—Peligros para el individuo y para la especie.—Lucha antialcohólica.

18. Vivienda.—Emplazamiento.—Orientación.—Plan general de construcción.—Materiales de construcción.—Su estudio higiénico.—Modos de evitar la humedad en las construcciones.—Iluminación de las viviendas.

19. Ventilación y calefacción de las habitaciones.—Diversos sistemas y su valor en higiene.

20. Evacuación de inmundicias.—Fosas perdidas.—Fosas fijas.—Sistemas diversos.—Fosos sépticos.—Fosos Mouras y sus derivados.

21. Alcantarillado.—Sistema unitario y doble.—Ventajas é inconveniente.—Sistemas de evacuación de inmundicias de la localidad.

22. Depuración de las aguas de alcantarillas.—Condiciones que deben tener las aguas de alcantarilla para que puedan ser vertidas en los cursos de agua.

23. Canalización doméstica de evacuación.—Organización de la red de evacuación.—Sifones.—Sifón terminal.—Inspección higiénica de viviendas.—Eliminación de los excretas en los poblados rurales.—Procedimientos que pueden emplearse.

24. Basuras urbanas.—Sistemas de alejamiento y destrucción.—Sistemas utilizados en la localidad.—Disposición de estercoleros.

25. Hospitales.—Sus clases y principales dependencias.—Hospitales para contagiosos.—Servicios de limpieza y desinfección en los Hospitales.—Laboratorios de Hospitales.—Asistencia hospitalaria en la localidad.

26. Sanatorios.—Dispensarios.—Maternidades.—Casas.





cunas.—Inclusas y Gotas de leche.—Institutos de Puericultura y de Maternología.—Establecimientos de esta clase en la localidad.

27. Manicomios.—Hospicios y Asilos.—Establecimientos de esta clase en la localidad.—Viviendas colectivas.—Hospederías y lugares públicos de reunión.—Puntos principales que debe abarcar la inspección sanitaria de estas viviendas.

28. Escuelas.—Clases.—Departamentos anexos.—Distribución.—Mobiliario escolar.—Inspección médico escolar.—Inspección de los locales.—Examen del escolar y del maestro.—La inspección médico-escolar en España y en la localidad.

29. Profilaxis de las enfermedades transmisibles en la Escuela.—Educación física.—Colonias escolares.—Escuelas al aire libre.—Escuela de anormales.—Higiene de la boca.

30. Talleres: ventilación, calefacción, refrigeración y captación del polvo.—Neumoconiosis y dermatosis profesionales.—Inspección médica del trabajo.

31. Intoxicaciones profesionales.

32. Vías públicas.—Pavimentación, limpieza urbana, retretes y urinarios públicos.—Baños públicos.—Mercados: emplazamiento.—Limpieza y organización.—Estado de estos servicios en la localidad.—Inspección de los alimentos en los mercados.

33. Cementerios.—Emplazamiento, condiciones del terreno y principales dependencias que deben tener aquéllos.—Cementerios de la localidad: sus condiciones higiénicas.

34. Parques de desinfección.—Funciones que deben llenar.—Personal y material que debe integrarlos.—Brigadas sanitarias.—Organización de estos servicios en la localidad.

35. Desinfección física.—Desinfectantes químicos.

36. Desratización.—Desinsección.—Aplicaciones.—Agentes utilizados y técnica de su empleo.

37. Putrefacción cadavérica.—Incineración.

38. Autopsia y embalsamamiento de cadáveres.—Técnica de un embalsamamiento para conservación temporal del cadáver.—Técnica de un embalsamamiento para conservación definitiva.—Casos particulares de embalsamamiento de cadáveres anómalos.—Momificación natural.

39. Método de embalsamamiento sin inyecciones vasculares.—Procedimientos de la Escuela italiana.

## II

### *Epidemiología.*

1. Profilaxis de las enfermedades infecciosas.—Diversos sistemas de aislamiento.

2. Epidemias que se transmiten por el agua, por la leche y por los alimentos.—Infecciones difundidas por los insectos.—Infecciones por contacto directo.—Portadores de gérmenes y su papel en el desarrollo de infecciones.

3. Recolección, envase y transporte de productos infectantes.—Técnica de la extracción de la sangre y de la punción intrarraquídea.—Estreptococias humanas.—Diagnóstico.—Profilaxis.—Sueroterapia.

4. Meningitis cerebro-espinal.—Fiebre de Malta.—Diagnóstico y profilaxis.

5. Fiebre tifoidea.—Epidemiología.—Profilaxis.—Vacuna antitífica.—Fiebre tifoidea en la localidad en relación con su aprovisionamiento de agua.

6. Colibacilosis y fiebres paratifoideas.—Epidemiología.—Diagnóstico.—Profilaxis.

7. Cólera asiático.—Epidemiología.—Diagnóstico.—Profilaxis.—Vacunación.

8. Peste.—Epidemiología.—Diagnóstico.—Profilaxis.—Vacunación.

9. Conjuntivitis contagiosas.—Tracoma.—Tos ferina.—Paroditis epidémica.—Epidemiología.—Diagnóstico.—Profilaxis.

10. Gripe.—Encefalitis letárgica.—Epidemiología.—Diagnóstico.—Profilaxis.

11. Difteria.—Epidemiología.—Diagnóstico.—Profilaxis.

12. Tuberculosis.—Modernas doctrinas sobre etiología y modo de transmisión.—Lucha antituberculosa.—Tuberculosis en la localidad.

13. Lepra.—Carbunco.—Muermo.—Tétanos.—Epidemiología.—Diagnóstico.—Profilaxis.

14. Viruela.—Profilaxis.—Vacunación.—La viruela en la localidad.

15. Sarampión.—Escarlatina.—Varicela y sudor miliar.—Epidemiología.—Diagnóstico.—Profilaxis.

16. Tifus exantemático.—Epidemiología.—Diagnóstico.—Profilaxis.—El tifus exantemático en la localidad.

17. Parálisis espinal infantil.—Rabia.—Epidemiología.—Diagnóstico.—Profilaxis.—Vacunación antirrábica.

18. Lucha antivenérea.—Dispensarios y sífilicomios.—La lucha antivenérea en la localidad.

19. Paludismo.—Epidemiología.—Diagnóstico.—Profilaxis.—El paludismo en la provincia y en la localidad.

20. Tiñas.—Muguet.—Sarna y otros ácaros parásitos del hombre.—Epidemiología.—Diagnóstico.—Profilaxis.—Dípteros y hemípteros transmisores de gérmenes.

21. Anquilostomiasis.—Diagnóstico.—Profilaxis.—La anquilostomiasis en España.—Kala azar.

## III

### *Legislación y administración sanitaria.*

1. Administración sanitaria.—Bosquejo histórico de la legislación sanitaria española.

2. Administración sanitaria central.—Organismos dependientes de ella en el Ministerio de la Gobernación.—Deberes y atribuciones de los mismos.

3. Organización sanitaria provincial.—Juntas y Comisiones sanitarias provinciales.—Inspectores provinciales de Sanidad.—Delegación de facultades en el orden sanitario.

4. Institutos de higiene.—Brigadas sanitarias.—Preceptos legales por que se rigen.

5. Juntas municipales de Sanidad.—Atribuciones sanitarias de los Municipios y en particular de los alcaldes.

6. Inspección municipal de Sanidad.—Los Subdelegados de Medicina como Inspectores municipales de Sanidad.—Preceptos legales que les asignan este carácter.

7. Subdelegados de Sanidad.—Reglamentación y funciones de los mismos.—Relaciones de los Subdelegados de Sanidad con las autoridades y profesiones sanitarias.

8. Subdelegados de Medicina.—Funciones de los mismos como Inspectores sanitarios de distrito.—Disposiciones legales que regulan el nombramiento y separación de los Subdelegados de Sanidad.

9. Colegios Médicos.—Intrusismo médico.—Instituciones benéficas profesionales.

10. Honorarios y derechos sanitarios.—Preceptos que rigen su aplicación y liquidación de los mismos.—Honorarios y derechos sanitarios que deben percibir los Subdelegados de Medicina.

11. Tribunales de honor en los funcionarios de Sanidad.—Corrección superior en las determinaciones de los funcionarios de Sanidad.—Expedientes administrativos.—Modo de incoarlos.

12. Declaración de enfermedades infecciosas.—Actuación de los funcionarios de Sanidad.—Actuación de los Sub-



delegados de Medicina é Inspectores municipales de Sanidad.—Legislación sobre estas materias.

13. Aislamiento de enfermos infecciosos.—Desinfección.—Medios de desinfección.—Preceptos legales.

14. Obligación de los Municipios en materias de aislamiento y desinfección.—Laboratorios municipales.—Hospitales de infecciosos.

15. Ingreso en España y transporte de enfermos infecciosos.—Patente sanitaria.—Circulación de mercancías en época de epidemia.—Legislación sobre estas materias.

16. Portadores de gérmenes.—Vacunaciones preventivas.—Legislación sobre estas materias.

17. Vacunación antivariólica.—Vacunación antitífica.—Vacunación antipestosa.—Vacunación anticolérica.—Legislación.

18. Bases para la organización de la profilaxis pública antivenérea.—Función de la Comisión permanente de las Juntas provinciales de Sanidad á este respecto.

19. Profilaxis antituberculosa.—Idea de la organización de estos servicios en el extranjero.—Legislación española.

20. Estadísticas demográfico-sanitarias.—Obligaciones de los Subdelegados de Medicina, Inspectores de Sanidad, sobre este particular.

21. Higiene municipal.—Su reglamentación.—Ordenanzas municipales de la localidad en relación con los servicios públicos.

22. Protección de aguas potables.—La ley de Aguas en su aspecto sanitario.

23. Preceptos legales que rigen de construcción y saneamiento de las viviendas.—Disposiciones de carácter local.

24. Aguas residuales.—Defensa de las mismas.—Disposiciones de carácter local sobre su evacuación.

25. Establecimientos industriales y comerciales.—Industrias insalubres.—Alimentos nocivos.—Legislación.

26. Policía sanitaria mortuoria.—Reglamentación local de policía mortuoria.

27. Disposiciones legales concernientes á los embalsamamientos.—Actuación de los Subdelegados de Medicina en los mismos.—Exhumación de cadáveres y de restos.—Legislación y actuación de los Subdelegados de Medicina en esta materia.

28. Expedientes de incapacidad.—Certificaciones é informes médicos de dementes.—Manicomios y Casas de salud para enfermos mentales.

29. Actuación de los Subdelegados de Medicina para la reclusión de dementes.—Circunstancias que deberán tener en cuenta en sus informes.—Elementos para diagnosticar un demente.—Delirio é idea delirante.—Trastornos de la memoria, de la atención, de la conciencia y de la actividad.—Síntomas de degeneración.

30. Reclusión urgente de un demente.—Actuación gubernativa y judicial.—Estados maníacos.—Paranoias.—Locura histérica y epiléptica.—Ebefrenia.—Parálisis general progresiva.—Locuras simuladas.

Madrid, 21 de Junio de 1924.—El vicepresidente del Real Consejo de Sanidad, *A. Pulido*.—(*Gaceta* del 8 de Julio de 1924.)

## PRESIDENCIA DEL DIRECTORIO MILITAR

### EXPOSICIÓN

Señor: Si siempre fué práctica recomendable para el buen funcionamiento de toda actuación benéfica la unidad de cuantas actividades á la misma se refieran, en ningún

caso déjase sentir su falta como en aquella que á la lucha contra el terrible mal de la tuberculosis se dedican, con más plausible intención que feliz resultado.

Los distintos organismos creados en estos diez últimos años para dirigir tan nobles impulsos, tales como el *Real Patronato Central de Dispensarios é instituciones antituberculosas de España*, y el que á Madrid se refería, si llegaron á funcionar no perduraron en la consecución de los filantrópicos fines que se propusieron, no desarrollándose en la forma debida y deseada por carecer de una acción tutelar vigorosa, no siendo menores las dificultades que se han opuesto al buen funcionamiento de la actual Comisión permanente de técnicos.

Y es tanto más de lamentar, señor, esa falta de unidad, cuanto que la inmensa mayoría de los recursos con que se sostienen los Sanatorios y Dispensarios existentes se deben, en gran parte, á un mismo origen, que no es otro que la inagotable caridad de S. M. la Reina Doña Victoria Eugenia (que Dios guarde), cuyas felices iniciativas, aumentando propias donaciones, atraen las cuantiosas sumas con que se defienden tantas preciosas vidas de nuestra juventud para ser útiles á la Patria y servir de amparo á sus familias.

Estas consideraciones, si no hubiera otras como la reciente petición elevada por prestigiosas personalidades, bastarían por sí solas para proponer á V. M. la firma de este Real decreto.

Madrid, 4 de Junio de 1924.—Señor: A L. R. P. de V. M., *Miguel Primo de Rivera y Urbaneja*.

### REAL DECRETO

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

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º Se crea el Real Patronato de la Lucha Antituberculosa de España, del cual dependerá la dirección, organización, vigilancia y administración de cuanto afecte á la lucha antituberculosa en toda España, bajo la Presidencia efectiva de S. M. la Reina Doña Victoria Eugenia (que Dios guarde) y la delegada de un presidente designado por la Augusta Señora. El subsecretario de Gobernación será vocal nato.

Art. 2.º Este Real Patronato se dividirá, para su mejor funcionamiento, en dos principales Secciones, que actuarán con carácter permanente y ejecutivo: una técnica y otra administrativa.

Art. 3.º De la Sección técnica dependerá, de acuerdo con la Presidencia, cuanto haga referencia al buen funcionamiento de las Instituciones antituberculosas actualmente existentes ó que pudieran crearse, y todo lo relacionado con el personal facultativo y técnico auxiliar de dichos Centros.

Art. 4.º Compete asimismo á esta Sección la alta inspección y vigilancia de la organización de estas Instituciones, á las que dará normas é instrucciones que sirvan para uniformar en lo posible los servicios de las que sean análogas, estableciendo entre todas los nexos de relación que la Sección considere más eficaces para los resultados prácticos de la lucha antituberculosa.

Art. 5.º A las iniciativas y gestiones de esta Sección, de acuerdo con la administrativa, corresponderá igualmente todo lo referente á creación y desarrollo de nuevos Centros de prevención tuberculosa, especiales para niños, y esta misma Sección será la encargada de la organización del servicio de estadísticas de morbilidad y mortalidad por tuberculosis en España.

Art. 6.º Se proyectará por esta Sección en el más breve plazo posible, la creación, en Madrid, de un Instituto Cen-



tral Antituberculoso dotado de todos los medios necesarios para el estudio é investigación de cuantos problemas clínicos y de laboratorio ofrece la tuberculosis, en forma que aquél pueda ser un Dispensario modelo de lucha antituberculosa y un Centro de enseñanza fisiológica y de educación higiénica utilizable para médicos, alumnos y enfermos. En este Instituto podrán, en su día, recibir enseñanza también, y especializarse, las enfermeras sanitarias ó visitadoras que deseen ser auxiliares de los Dispensarios y Sanatorios antituberculosos y vigilar el cumplimiento de las prácticas higiénicas en el seno de las casas de los tuberculosos pobres.

Art. 7.º Todo cuanto se refiere á la profilaxis de la tuberculosis en su relación con la higiene de la vivienda, la de los talleres y fábricas y demás locales de vida en común, inspección sanitaria de substancias alimenticias y de bebidas, cae de lleno dentro de la función encomendada á esta Sección técnica, la cual procurará además utilizar todo medio de propaganda para difundir las enseñanzas de la higiene en esta materia, y en la de la lucha antialcohólica y antiavariósica.

Art. 8.º La Sección técnica de este Real Patronato de lucha contra la tuberculosis, estará constituida por el director general de Sanidad y los médicos directores de los Dispensarios de Madrid y Sanatorios de su provincia como vocales.

Art. 9.º De la Sección administrativa dependerá la alta dirección y cuanto afecte al problema económico de la lucha antituberculosa, con completa autonomía. Revisará é informará los presupuestos que se envíen al Real Patronato de todas las instituciones antituberculosas de España, y propondrá al Gobierno cuantos medios y recursos crea convenientes para el mayor desarrollo de las mismas, á fin de que el Gobierno lo tenga en cuenta al hacer los Presupuestos del Estado. Señalará las normas para la más acertada organización de la celebración, un día al año en toda España, distinto en cada localidad, según los casos, de la llamada «Fiesta de la Flor» ó «Día de la Tuberculosis», cuya forma de cuestación pública no se permitirá utilizar para ningún otro fin benéfico que el de la obra antituberculosa. Redactará á su debido tiempo el proyecto de Presupuesto especial que ha de someter al Gobierno en concepto de subvención para la Lucha Antituberculosa en toda España, siendo á su vez esta Sección la encargada de la distribución de estos créditos y de vigilar su más escrupulosa aplicación.

Art. 10. De esta Sección administrativa formarán parte, además del presidente-delegado, un secretario general de la Real orden, un tesorero, un contador y seis señoras; nombrados todos por designación de S. M. la Reina Doña Victoria Eugenia (q. D. g.) quedando facultado el Real Patronato para nombrar el personal subalterno retribuido que considere necesario, así como S. M. la Reina para ampliar ó restringir el número de sus vocales y cargos que, como los de la Sección técnica, no serán retribuidos.

Art. 11. Excepto en Madrid, donde el Real Patronato contra la tuberculosis asumirá las funciones de la Junta provincial y municipal, en todas las demás capitales de provincia y en todo municipio, á poder ser, se constituirá, respectivamente, en plazo breve, una Junta provincial y municipal antituberculosa con los elementos y funciones análogas, dentro de su natural esfera de acción, á las señaladas para el Real Patronato, dividiéndose igualmente en sus dos Secciones técnica y administrativa, cuyos nombramientos deberán hacerse por S. M. la Reina, teniendo en cuenta las personas más reconocidamente capacitadas á sus respectivos fines, figu-

rando, desde luego, en la Sección técnica, los directores de las instituciones antituberculosas que hubiere en cada población y los médicos, farmacéuticos, veterinarios y arquitectos que más se hayan distinguido en cualquier aspecto de la lucha contra la tuberculosis. Los cargos de secretario y tesorero de dichas Juntas serán designados por ellas mismas en el acto de su constitución.

Art. 12. Toda Junta provincial antituberculosa abrirá en cada sucursal del Banco de España de su respectiva capital una cuenta corriente á su nombre, en la que ingresarán cuantos fondos actualmente tengan de existencia ó se recauden en lo sucesivo por todos conceptos para la lucha antituberculosa de su vecindario. El presidente de dicha Junta será el ordenador de pagos, no autorizándose ningún gasto ni extracción alguna de la mencionada cuenta que no lleve su firma y la del tesorero y haya sido previamente aprobada por la Sección administrativa de dicha Junta. Esta contabilidad podrá ser inspeccionada por el Real Patronato, que informará al Gobierno si encontrara anomalías en ella.

Art. 13. En toda población mayor de 10.000 habitantes, y en cada distrito judicial de capital ó de provincia, se creará un Dispensario Antituberculoso, á cargo del correspondiente Municipio. Los pueblos menores de dicho censo que no puedan establecer un Centro de éstos, cuidarán, sin embargo, de atender de un modo especial á sus tuberculosos, suministrando mensualmente á la respectiva Junta provincial, y ésta al Real Patronato, los datos estadísticos locales de la morbosidad y mortalidad por tuberculosis.

Art. 14. Todo Dispensario Antituberculoso será un Centro de previsión social y de lucha contra la tuberculosis, y aparte la función diagnóstica y terapéutica de los tuberculosos pobres, servirá igualmente de escuela de educación clínica y de propaganda higiénica contra dicha enfermedad.

Art. 15. En la creación de todo Sanatorio Antituberculoso, así oficial como particular, se tendrá en cuenta la Real orden de creación de estas Instituciones de 9 de Septiembre de 1916, en cuanto no se oponga á lo preceptuado en este Real decreto.

Art. 16. La inversión de fondos destinados á la Obra Antituberculosa no podrá, en ningún caso, tener otra aplicación que en los fines por ella perseguidos.

Art. 17. En el improrrogable plazo de dos meses el Real Patronato redactará los Reglamentos ó normas generales por que han de regirse las diversas Instituciones Antituberculosas de España.

Art. 18. A partir de la fecha de este Real decreto queda suprimida la Junta que como Comisión permanente venía funcionando en el Ministerio de la Gobernación.

Art. 19. Por el Ministerio de la Gobernación se dictarán cuantas disposiciones sean precisas para la ejecución y cumplimiento de este Real decreto, quedando, desde luego, derogadas cuantas otras se opongan al mismo.

Dado en Palacio á 4 de Junio de 1924.—ALFONSO.—El presidente del Directorio militar, *Miguel Primo de Rivera y Orbaneja*. (Gaceta del 5 de Junio de 1924.)

Ilmo. Sr.: Vista la instancia suscrita por D. José Torres Jiménez, alumno oficial del quinto año de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, en solicitud de que se le conceda autorización para matricularse y examinarse como alumno no oficial en la convocatoria de Septiembre del sexto curso de la expresada Facultad, por tener que fijar su nueva residencia en Melilla, á consecuencia de haber sido destinado su señor padre al Grupo de las Fuerzas Regulares de Alhucemas núm. 5:



Considerando que si bien el art. 12 del Real decreto de 22 de Noviembre de 1889 prohíbe que los alumnos sean oficiales ó no oficiales en un mismo año académico, es de estimar la circunstancia que obliga al interesado á trasladarse á Africa, por tener que seguir, como menor de edad que es, la condición de su padre, en punto donde no existe Establecimiento oficial universitario, no siendo justo que quede el alumno interesado sin poder cursar su carrera, tanto más de estimar estas circunstancias, cuanto que se trata, según manifestación expresa de las autoridades académicas de Salamanca, de un alumno que se ha distinguido por su buen comportamiento y por la brillantez de su hoja de estudios; siendo equitativa y justa la gracia solicitada,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien acceder á lo solicitado por D. José Torres Jiménez.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 20 de Junio de 1924. — *Primo de Rivera*.— Señor subsecretario del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. (*Gaceta del 4 de Julio de 1924.*)

## MARINA

Excmo. Sr.: Como aclaración al Real decreto de fecha 6 del actual,

S. M. el Rey (q. D. g.), de acuerdo con lo propuesto por la Dirección general de Navegación, se ha servido disponer que interin no se haya adquirido y empiece sus navegaciones el buque-escuela de Náutica, en el que pudieran los alumnos adquirir los conocimientos necesarios de Higiene naval, se restablezca esta enseñanza en las Escuelas de Náutica de reciente creación, á cargo de los actuales profesores titulares de las mismas, que desempeñarán sus cargos con el mismo carácter que en la actualidad, ó sea como profesores especiales é interinos.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 27 de Junio de 1924. — El general encargado del despacho, *Honorio Cornejo*.— Señor director general de Navegación. Señor intendente general de la Armada. Señor ordenador general de Pagos de este Ministerio. Señor interventor civil de Guerra y Marina y del Protectorado en Marruecos. Señor director de la Escuela de Náutica de Cádiz, Bilbao, Tenerife y Barcelona. Señores... (*Gaceta del 2 de Julio de 1924.*)

## INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

### Subsecretaría.

Se halla vacante en la Universidad de Valencia la Cátedra de Enfermedades de la Infancia, que ha de proveerse por concurso previo de traslado, conforme á lo dispuesto en el Real decreto de 30 de Abril de 1915, en relación con el de 17 de Febrero de 1922 y Real orden de esta fecha.

Pueden optar á la traslación los catedráticos numerarios del mismo grado de enseñanza que en propiedad desempeñen ó hayan desempeñado Cátedra igual á la vacante ó de indudable analogía por tratarse de la misma materia docente.

Los aspirantes elevarán sus solicitudes, acompañadas de la hoja de servicios, á este Ministerio, por conducto y con informe del jefe del establecimiento donde sirven, precisamente dentro del plazo improrrogable de veinte días, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Este anuncio se publicará en los *Boletines Oficiales* de las provincias y por medio de edictos en todos los Estableci-

mientos públicos de enseñanza de la Nación; lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan que así se verifique, desde luego, sin más aviso que el presente.

Madrid, 14 de Junio de 1924. — El subsecretario, *Leóniz*. (*Gaceta del 6 de Julio de 1924.*)

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,1; ídem mínima, 703,1; temperatura máxima, 31°,2; ídem mínima, 17°,5; vientos dominantes, OSO. O.

Los trastornos intestinales por indigestión y enfriamiento van siendo cada vez más frecuentes; también se presentan numerosos casos de catarros intestinales febriles, algunos de ellos de índole infecciosa. En los últimos días se han recrudecido los catarros bronquiales á causa de las vicisitudes atmosféricas.

En los niños disminuye la coqueluche, sigue el sarampión y menudean los catarros intestinales benignos.

## Crónicas.

**La mortalidad en la Inclusa.**— A consecuencia de una comunicación de los profesores médicos de la Inclusa, doctores Bravo Frias y Alonso Mufioyerro, proponiendo la adopción de algunas reformas en el régimen del establecimiento para evitar el aumento de mortalidad en los niños expósitos, la Comisión provincial ha acordado procurar que las madres que dan á luz en la Casa de Maternidad, pasen á criar sus hijos en la Inclusa y que se administre á los niños sometidos á la alimentación artificial aquellos alimentos recomendados por la moderna dietética, previamente analizados en el Laboratorio provincial.

Además se propone que se autorice á la Dirección del establecimiento para que dentro de la consignación presupuesta, y con carácter provisional, durante los meses de verano, conceda la gratificación de 15 pesetas mensuales á cada una de las amas que en esta época saquen niños de la Inclusa para la lactancia, prefiriendo para la entrega á las nodrizas que residan en Madrid y sus alrededores, á fin de que periódicamente puedan ser inspeccionadas por los facultativos. Y, por último, que por los Sres. Bravo y Mufioyerro se formen los correspondientes proyecto y presupuesto para la organización del servicio de Gota de Leche, adscrito á la Inclusa.

**Nombramiento.**— Ha sido nombrado jefe facultativo del Hospital de la Princesa, en el escalafón de la Beneficencia general nuestro buen amigo y corredactor D. Pedro Cifuentes.

**Autorización.**— Por Real orden inserta en la *Gaceta* del 29 del pasado mes se autoriza á la Cruz Roja Española para que pueda seguir celebrando en provincias la tradicional «Fiesta de la Banderita», con la limitación de que en las localidades donde también se organice la de la Flor, medie entre una y otra un espacio de tiempo no inferior á seis meses.

**Agradecimiento.**— El administrador de nuestra revista nos encarga expresarnos el agradecimiento de todos los empleados de la Administración á nuestros suscriptores, por la atención que tienen en remitir por medio del giro postal el importe de la anualidad, con lo cual les facilitan muchísimo todos los trabajos.

**II Congreso Nacional de Ciencias Médicas.**— El entusiasmo con que se adhieren y disponen á concurrir y colaborar á este Congreso las Facultades y Centros oficiales hispanoamericanos es una continua prueba del interés que ha inspirado el Congreso en la América española, que colaborará al descartado éxito de lo mucho que, con razón, se ha esperado siempre de nuestros fraternales colegas.

El decano de la Facultad de Medicina de Chile ha enviado al profesor Recasens, decano de nuestra Facultad de Medicina, una carta en que le anuncia la venida de una delegación, compuesta de los Sres. D. Francisco Navarro,



profesor titular de Cirugía; Dr. D. Luis Montero R., profesor titular de Dermatología y Sifiliografía; Dr. D. Luis Calvo M., profesor extraordinario; Dr. D. Manuel Calvo M., antiguo médico de los hospitales; Dr. García Collado, médico del Servicio sanitario de los ferrocarriles del Estado; doctor D. Flaviano Moza Olive, médico radiólogo del Hospital Clínico; Dr. D. Benjamín Manterola, médico de los hospitales de Valparaíso, y Dr. D. Heriberto Maguire C., médico de hospital.

Igualmente se ha recibido de la Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas, otra cariñosa carta del Decanato, anunciando la delegación de aquella Facultad, que será integrada por los profesores doctores D. Miguel O'Farrell y D. Avelino Gutiérrez.

**Concurso.**—La Dirección general de Sanidad anuncia en la *Gaceta* del 9 del actual la provisión de las siguientes plazas por concurso-oposición: En el Sanatorio «Lago», de Guadarrama, una de desinfectar y conserje con 3.000 pesetas; en el Hospital del Rey, de Chamartín de la Rosa, dos de practicantes con 2.000 pesetas; una de jefe de personal auxiliar, conservador de aparatos, dotada con 4.000 pesetas; en el Sanatorio de Malvarrosa, en Valencia, una de practicante interino con 1.500 pesetas; una de desinfectar-conserje con 3.000 pesetas.

Los concursantes han de ser mayores de veintidós años. Las instancias dirijan a la Sección Administrativa de la Dirección de Sanidad. El plazo de admisión es hasta el 20 del corriente. Documentación: instancia, cédula personal, certificado de buena conducta y de penales y cuantos documentos puedan servir de mérito.

**Ejercicios:** Responder a las preguntas que formule el tribunal, relacionadas con el cargo que ha de desempeñar.

**Noticias.**—Por su muy meritoria y relevante labor altruista y caritativa en pro de los alienados y donaciones de importantes cantidades, le ha sido concedida la Gran Cruz de la Orden Civil de Beneficencia, con distintivo blanco, a Sor Eladia Artacho y Artacho, superiora del Manicomio provincial de Cádiz, y al doctor en Medicina D. José Pando y Valle, por su muy relevante y meritoria labor humanitaria, benéfica y altruista en pro de la clase médica, de las viudas y huérfanos de la misma y de los enfermos, en esta corte.

—Por Real orden inserta en la *Gaceta* del 9 del corriente se dispone que vistas las excepcionales circunstancias que concurren en el Dr. D. José Gálvez, mientras desempeñe la Alcaldía de Málaga, conserve el cargo de director de la Casa de Salud de Santa Cristina y Escuela de Matronas, cuya dirección accidental desempeñará el subdirector del Establecimiento.

—Ha sido jubilado el director-médico de la Estación sanitaria del puerto de Valencia, Sr. Gómez Porta.

**Congreso Internacional de Medicina.**—Han marchado a Tolouse, con el fin de asistir al Congreso Internacional de Medicina, que se celebrará en dicha capital francesa, los Dres. Mariscal, Aguilar y Calatayud.

De Barcelona concurrirán al Congreso el rector de la Universidad y un catedrático.

**Se traspasa negocio** propio para médico muy acreditado, 20.000 libras. Urgente en 30.000 pesetas. Dirigirse por escrito: Sr. Gascañana, Espoz y Mina, 2, Madrid.

**Oposiciones a médicos.**—Subdelegados de Medicina. Convocadas *Gaceta* del 8 de Julio, para licenciados menores de cuarenta años. Contestaciones al programa por el doctor D. Julio Bravo, del Cuerpo de Higiene Venérea de Madrid, con premio extraordinario, y por D. Baldomero Campos, en la parte de Legislación, abogado también con premio extraordinario. Precio, 30 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14.

**Exciplente inerte.**—Mentiras hay tan esforzadas que aun conociéndose que lo son, consiguen parte del efecto a que miran.

(Zabaleta.)

Los poetas lírico-pornográfico-modernistas al uso buscan sin duda entonar las inspiraciones que Apolo y Venus les niegan: a nadie que recibe los favores positivos de ésta última, se le ocurre complacerse en la descripción de ciertos

detalles, que más revelan la sed no apagada que el recuerdo del manantial que la satisfizo.

(Ich.)

**Perhidrol de Zinc.**—Acompañamos al presente número un prospecto-tarjeta de la Casa E. Merck, de Darmstadt, recomendando la lectura y pedido de muestras.

## PAPELES YHOMAR

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

**CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS**

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.



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**

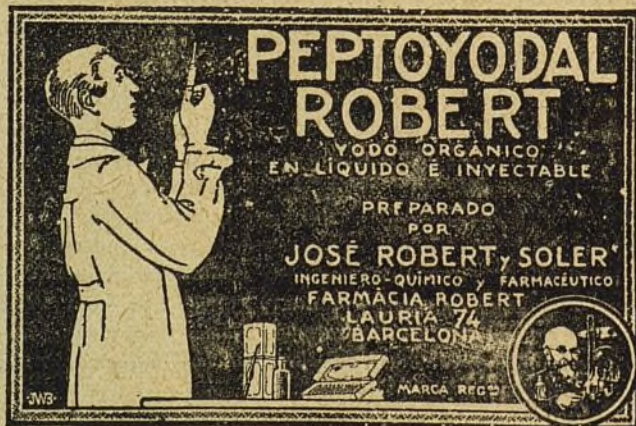
Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, esclerosis, raquitismo, escrofulismo, etc.

Farmacia del Dr. Benedote, San Bernabé, 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 en 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 MEDICO.

Sucessor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.<sup>a</sup> de la Cabeza, 1