

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

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Ciencia española. — Archivo 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: La importancia especial de la piel en los procesos de inmunización y particularmente en el tratamiento de la tuberculosis, por el Dr. A. Wolff-Eisner. — Ideas clínicas: Localización de las lesiones cardíacas, por el Dr. G. R. Gonzalo. — La lucha antituberculosa en España, por Ramón Villegas. — Revista crítica: Los orígenes de la epilepsia genuina, por el Dr. César Juarros. — Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesáreo. — Bibliografía, por A. Fernández Martín. — Periódicos médicos.

La importancia especial de la piel en los procesos de inmunización y particularmente en el tratamiento de la tuberculosis ⁽¹⁾

POR EL

DR. A. WOLFF-EISNER

(De Berlín.)

En realidad, la «piel» ha ocupado siempre un lugar especial en la atención de los médicos. Se trata de los residuos de conceptos sumamente antiguos de la Medicina popular, pero también han contribuido á ello opiniones de los médicos, referibles igualmente á tiempos muy remotos. A esta atención que siempre se concedió á la piel se debe en último término el cuidado que se tuvo con ella en los tiempos clásicos y que llegó á ser la manifestación y la idea principal de una gran cultura. El médico suele encontrar todavía la opinión popular de que una enfermedad se ha metido hacia adentro, porque el exantema ú otras manifestaciones cutáneas que las suelen acompañar no se han manifestado ó no lo han hecho durante un tiempo suficiente. Nosotros los médicos solemos rechazar esta opinión suavemente y con una sonrisa de indulgencia; pero el hecho es que las investigaciones experimentales modernas van demostrando que esta opinión no era del todo

desacertada. En lugar de decir que la enfermedad «se ha metido para adentro», no tenemos más que decir que su evolución ha sido más desfavorable que en caso de que se hubieran manifestado los fenómenos de inmunización en la piel y en el acto tenemos ya expresado lo que los mayores adelantos de la investigación biológica han puesto de manifiesto.

Las opiniones médicas ya citadas acerca de la importancia de la piel tenían su fundamento científico principal en el papel que la piel desempeña como órgano de la respiración y de la exudación. Es muy probable que se haya exagerado la importancia de estos dos factores, pero, en cambio, han pasado inadvertidas otras funciones esenciales de la piel, tales como su importancia como órgano regulador de la repleción vascular, de la que depende en gran parte la sensación que se percibe del mundo exterior. Esta regulación vascular tiene tal importancia, que no es exagerada la afirmación de que de esta función dependen la sensación de la vida y la del bienestar de una manera muy considerable. Hasta las sensaciones más exaltadas de la vida no son otra cosa que la proyección sobre el sistema nervioso central de las sensaciones de la piel.

Estas funciones de la piel son tan importantes, que no merecen que se las mencione exclusivamente de paso, sino que están en relación directa con los procesos de inmunización. Si bien hoy, dados los he-

(1) Véase el número 3.682.

chos que conocemos, tenemos tendencia á admitir que la formación de los anticuerpos, es decir, de todas las sustancias que intervienen en el proceso de la inmunización, se verifica en las células cuyos receptores se desprenden, y que la sangre y el suero no son otra cosa que los portadores de estas sustancias, no cabe, sin embargo, duda alguna de que las células no están en condiciones de realizar este trabajo si no disfrutan de una irrigación sanguínea suficiente, es decir, que esta medida adecuada de la regulación de la sangre es una condición previa indispensable para esta función tan importante.

La irrigación sanguínea de la piel tiene que tener una importancia extraordinaria, porque la piel desempeña un papel de gran importancia, por lo menos en gran número de infecciones, si no en todas. El estado de inmunidad que queda después de haber pasado las infecciones es sumamente poderoso y persistente en todas las enfermedades que se desarrollan en la piel. Al revés de lo que ocurre con otras enfermedades infecciosas, las que evolucionan con un exantema de la piel ocupan un lugar especial en la Patología, porque es un fenómeno excepcional el de que la misma enfermedad se repita en el mismo individuo. No puede tratarse de una casualidad, porque en los fenómenos biológicos tan sumamente variados es raro que encontremos otras leyes que abarquen enfermedades que no tienen entre sí ningún otro carácter común.

La ley que acabamos de mencionar se aplica lo mismo al sarampión que á la escarlatina, á la viruela que á la sífilis, al tifus exantemático, etc., y esto no lo podemos interpretar en el estado actual de nuestros conocimientos más que admitiendo que la formación de anticuerpos en la piel es muy importante y persistente, y que la piel tiene la propiedad de responder á una nueva acción del mismo estímulo—hablando en términos de Medicina popular, al presentarse una recidiva—rápida y enérgicamente con una nueva producción de anticuerpos. Es un hecho muy notable el de que este papel importante que desempeña la piel en los procesos de inmunidad no se haya tenido en cuenta hasta ahora, ni siquiera en los últimos años. Una vez que Pfeiffer y M. Marx (1) creyeron haber demostrado la formación de los anticuerpos en la médula ósea, en el bazo y en los ganglios linfáticos, se dirigió la atención de los investigadores especialmente á estos órganos. Reducido el interés á este campo tan estrecho, no tuvo nada de particular que cuando nosotros en 1909 (2) llamamos la atención sobre la importancia de la piel en los procesos de inmunidad que se desarrollan en la tuberculosis, no encontrara nuestro trabajo el menor eco en la literatura médica. Nada importó que, según podemos afirmar hoy *a posteriori*, aportáramos ya entonces pruebas demostrativas muy importantes para nuestra opinión. Si hoy se coloca uno en la situación de entonces y considera los puntos

de partida de la investigación científica en aquella época, resultan las cosas todavía más incomprensibles, porque nada debía haber llamado tanto la atención sobre la piel como los fenómenos inmunológicos que se desarrollaban en ella en las reacciones locales á la tuberculina, tales como la cutirreacción de Pirquet y la oftalmorreacción de Wolff-Eisner. Examinando la literatura médica se aprecia fácilmente que por entonces se ocupaban de este problema los médicos, por lo menos en una proporción cuantitativa igual á la en que luego se ocuparon del salvarsán y en la actualidad de la insulina.

Pero toda esta literatura, que se distinguía más por su extensión que por ir dirigida al verdadero fondo de la cuestión, se ocupaba, casi exclusivamente, del valor diagnóstico de las reacciones locales de la tuberculina y ni siquiera el fenómeno interesante del resurgimiento de las reacciones tuberculínicas cuando se administraban nuevas dosis de tuberculina, logró modificar este estado de cosas de una manera importante. Desde que Sahli (1) en su célebre obra fundó su opinión acerca del tratamiento de la tuberculosis en nuestra teoría acerca de la acción de la tuberculina, llamada la teoría lísica, puede considerarse esta teoría lísica como reconocida por la generalidad de los investigadores. Las corrientes prácticas que hoy se hacen sentir, dan lugar á que al médico práctico le parezca innecesario ocuparse de teorías. Por lo que se refiere al tratamiento de la tuberculosis, esta manera de pensar es fundamentalmente equivocada, según ha hecho ya constar Sahli. Porque sólo la teoría acerca de la acción de la tuberculina, puede ser la base de una aplicación terapéutica lógica en la tuberculosis; haciendo comprender el proceso complicado que se desarrolla entre el organismo infectado, los procesos de inmunización y la administración del antígeno (tuberculina), y claro está que esto solamente lo puede hacer la teoría verdadera. La exactitud de una teoría se demostraría inmediatamente si el médico práctico realizara el tratamiento por la tuberculina de un modo consecuente con lo expuesto en una teoría. En este caso, se demostraría muy pronto la veracidad ó la falsedad de la misma. No creo que en el tratamiento por las tuberculinas haya tres anillos verdaderos como en el «Nathan el sabio», de Lessing, y en el problema que nos ocupa se demostraría más deprisa que en el de las religiones, quién es el que tiene el anillo verdadero. Estas pocas palabras bastan para justificar el intento, que hoy requiere disculpa, de pedir al médico práctico que se ocupe de teorías acerca de la acción de la tuberculina. Debo decir á este respecto que la reacción de reactivación no ha obtenido la observación que merece ni por parte de los médicos prácticos ni por parte de los investigadores, y que no se ha apreciado en debida forma su valor científico. Se entiende por «reacción de reactivación» el fenómeno en virtud del cual una reacción tuberculínica realizada previamente en un sitio cualquiera del orga-

(1) Pfeiffer y Marx: «Die Bildungstätte der Cholera-Schutzstoffe.» *Zeitsch. f. Hyg.*, 1888, t. 27, pág. 272.

(2) Wolff Eisner: «Fuehldiagnose u. Tuberkulose Immunität, W. arsburg, 1909, 2.^a ed., pág. 808 y 34.

(1) Sahli: «Tuberkulinbehandlung u. Tuberkulose Immunität.» Basilea, 1910 3.^a edición.

nismo, se vuelve á poner en actividad y lo hace generalmente con más intensidad que la primera vez; lo cual tiene lugar en nuestra opinión porque el antígeno del bacilo de la tuberculosis (es decir, la tuberculina) llega á sitios en los que antes había tenido lugar una reacción tuberculínica. La teoría lísica de que hemos hablado más arriba explica la acción de las tuberculinas admitiendo que por la intervención de anticuerpos lísicos que se encuentran en el suero se altera la tuberculina que de por sí no es tóxica, dando lugar á la génesis de cuerpos tóxicos. Aun admitiendo con Sahli que esta teoría sea entre las innumerables que existen la que explica mejor y de una manera más sencilla todos los fenómenos que tienen lugar en la acción de las tuberculinas, el fenómeno de las reacciones de reactivación sigue, sin embargo, enigmático. Para hacer comprensibles estas reacciones hemos creído tener que deducir de los hechos observados una segunda regla, que es la siguiente: La tuberculina crea en el cuerpo (de la persona que ha estado alguna vez bajo la influencia de la infección tuberculosa) una serie de focos diseminados que se comportan lo mismo que tejidos tuberculosos, es decir, que reaccionan con una violencia especial á la administración de la tuberculina (con hipersensibilidad ó anafilaxia). Esta ley se puede aplicar con la limitación de que estos focos que biológicamente equivalen al tejido tuberculoso no contienen bacilos de Koch capaces de proliferar, por lo que se pueden presentar algunas variaciones en la evolución de las reacciones. Estas «reacciones de reactivación» ofrecen al mismo tiempo la posibilidad de penetrar en el mecanismo de las reacciones tuberculínicas y de la inmunidad contra la tuberculosis en condiciones de experimentación sumamente simplificadas.

Podemos decir que en los quince años transcurridos los hechos han demostrado lo más esencial de la teoría lísica y de la ley que acabamos de exponer. Si hoy insistimos sobre los grandes problemas que encierran estos hechos, sobre la base de nuevas investigaciones y después de la reflexión acerca de todo el material examinado, es porque creemos que el fundamento lísico de la reacción de la tuberculina y la ley mencionada no deben considerarse como dos leyes independientes, sino que ambos hechos fundamentales guardan entre sí una relación causal. Porque de un examen detenido resulta que no sólo la reacción de reactivación, sino incluso las simples reacciones locales á la tuberculina no se pueden explicar simplemente por la acción de las sustancias tóxicas desprendidas (por la acción de los anticuerpos lísicos correspondientes), de la tuberculina que de por sí no es tóxica (porque es difícil de descomponer). La ley fundamental establecida por Pablo Ehrlich y que marca como un hilo conductor toda su vida, á saber: *corpora non agunt nisi fixata*, no pierde aquí tampoco su valor general. La producción de reacciones locales á la tuberculina en la piel y en las mucosas, después de la administración de esta sustancia, requiere la existencia de receptores á los cuales se pueda fijar el veneno desprendido de la tuberculina de la manera ya expuesta, y por esta fijación se con-

vierte en causa determinante de la aparición de la reacción local. Lo que ocurre luego en el sitio de la reacción local coincide también con la afirmación de Ehrlich; por la acción de la fijación del antígeno á los receptores, y por la reacción á que esta fijación da lugar, se multiplican los receptores y adquieren una avidez ó una capacidad de reacción exaltadas. Así se explican las reacciones de reactivación, exactamente de la misma manera que se explican las reacciones que no se presentan hasta que se ha administrado la tuberculina repetidas veces por vía cutánea, que no son en realidad otra cosa que reacciones de reactivación de focos cuya reacción permanecía antes bajo el dintel de la perceptibilidad ó que escapaban á la percepción por la rapidez con que la tuberculina sufría la lisis.

Nunca, antes de ahora, habíamos podido relacionar la teoría lísica con la ley de la equivalencia de las reacciones de la tuberculina en los tejidos tuberculosos con tanta claridad. Pero ya hace mucho tiempo que los hechos nos habían llevado á suponer que la tuberculina inyectada no va á parar en su totalidad á los focos principales de fijación y de acción en los tejidos tuberculosos, sino que parte de la tuberculina inyectada queda fijada en el trayecto que media entre el sitio de la inyección y los focos tuberculosos. Naturalmente que la importancia de esta fijación tenía que ser considerable, porque el resultado de las reacciones tuberculínicas depende de proporciones cuantitativas, y las cantidades de tuberculinas que queden fijas á los receptores en el trayecto comprendido entre el sitio de la inyección y el foco morbozo no pueden ya encontrar aprovechamiento en la acción sobre el foco tuberculoso de la región enferma.

Para entrar más detenidamente en el mecanismo del proceso y al mismo tiempo para exponer los puntos de vista desde los cuales venimos tratando de abordar desde hace quince años el fenómeno biológico complicado de las reacciones á la tuberculina y de la inmunidad á la tuberculosis, tenemos que dirigir la atención á otras investigaciones anteriores, las cuales, hechas en condiciones de simplicidad, permitieron comprobar la distribución de los venenos en el organismo y su fijación á los receptores preformados (1). Como se sabe, Pablo Ehrlich había explicado la inmunidad natural suponiendo que los animales que la poseían la debían á no poseer receptores para el veneno en cuestión. Hace ya mucho tiempo que está demostrado que incluso los animales con inmunidad natural pueden sufrir la enfermedad en cuestión en determinadas condiciones de experimentación y, por tanto, en estos casos no se puede aceptar como verídica la explicación dada por Ehrlich de la falta de receptores. Después de investigaciones muy detenidas hemos llegado á demostrar que efectivamente, la inmunidad natural no depende de la falta de receptores, sino que, por el contrario, la inmunidad natural depende de la interpolación de receptores entre el sitio de la inyección y el punto de acción y

(1) A. Wolff-Eisner: "Die Bindungsverhältnisse der Organe gegenüber Toxinen, etc.", *Centralblatt für Bakter.* tomo 47, núm. 1.

de ataque (en el tétanos el sistema nervioso central). De la cantidad de los receptores interpolados depende no solamente la inmunidad natural, sino también el grado de la sensibilidad en los animales sensibles.

Con el fin de simplificar estos experimentos se han hecho con toxinas, porque éstas permitían sacar del experimento conclusiones cuantitativas de fijación y, por tanto, analizar por medio de cifras la inmunidad natural. Estos experimentos realizados con toxinas no se pueden aplicar sin más ni más a los venenos albuminoideos del carácter de las endotoxinas. Como partidarios de la opinión de R. Pfeiffer hemos insistido en numerosos trabajos en la intención de hacer resaltar las diferencias de estas dos clases principales de venenos bacterianos y celulares, a las que la mayoría de los clínicos y muchos bacteriólogos no conceden la importancia que verdaderamente les corresponde. Y además, en una gran serie de trabajos nos hemos esforzado en demostrar que el veneno del bacilo de la tuberculosis, ó sea la tuberculina, no pertenece a las toxinas, sino a los venenos albuminoideos del carácter de las endotoxinas.

Aunque estamos firmemente convencidos de que hay que conservar completamente patentes estas diferencias, la disparidad fundamental entre ambos grupos de venenos consiste exclusivamente en que su penetración en el organismo da lugar a la formación de anticuerpos diferentes, porque las toxinas tienen como consecuencia la formación de antitoxinas neutralizantes, mientras que los venenos albuminoideos del carácter de las endotoxinas engendran amboceptores (es decir, fuerzas disolventes y destructoras). Es preciso remitir a los trabajos anteriores ya citados que demuestran que la acción biológica de estos dos grupos de anticuerpos es completamente diferente. Pero aun conservando é insistiendo sobre todas las diferencias fundamentales de los dos grupos importantes, el de las toxinas y el de los venenos albuminoideos del carácter de las endotoxinas, hay que llamar la atención, sin embargo, sobre las grandes analogías que existen en la constitución de los receptores a los que se fijan ambas clases de venenos después de su penetración en el organismo y sobre el hecho de que las diferencias no se ponen de manifiesto sino cuando los receptores se han desprendido de las células y van a parar a la sangre circulante.

La complicación de los procesos biológicos que se presentan en estos casos es naturalmente muy grande, y la deducción de conclusiones de los hechos observados no se ha hecho, desde luego, con sencillez y sin tropezar con causas de error, como se podría sospechar de la exposición breve que hemos hecho aquí de los datos culminantes. Esta construcción dificultosa va adquiriendo ahora alguna uniformidad en el terreno teórico. Se podrá hacer una idea de las dificultades existentes teniendo en cuenta que ya en 1909 pudimos dar cuenta del hecho de haber comprobado una fijación de la tuberculina al tejido conjuntivo de la piel, pero que hasta 1918 no hemos intentado hacernos una idea de la configuración de los receptores en la tuber-

culosis en general y en el tejido conjuntivo de la piel en particular (1), y hasta este experimento ha resultado un tanto prematuro, puesto que una publicación de tanta importancia para el problema de la tuberculinoterapia no ha dado lugar a la menor discusión.

Si los síntomas de la época no nos engañan, las cosas han cambiado mientras tanto de una manera radical, y el problema de los procesos que se desarrollan en la inmunidad para la tuberculosis y especialmente el comportamiento de la piel, ocuparán el foco principal de la atención en los próximos años.

Los hechos observados hasta la fecha, y a los que aquí concedemos una importancia considerable, se pueden resumir de la manera siguiente:

1.º Se observa en el hombre que si se inyectan dosis de 1, 3 y 5 miligramos de tuberculina, por regla general se presenta después de cada inyección fiebre que se va elevando progresivamente. Pero si, a pesar de ello, se elevan las dosis de tuberculina y se llegan a inyectar 8 y 10 miligramos, era de esperar que la consecuencia de esta manera de proceder tan atrevida sería una fiebre más elevada aún y la aparición de otras reacciones graves de foco. Pero se puede demostrar, con gran sorpresa para todos, que no sucede así, sino que al elevar las dosis, tanto la fiebre como la reacción general, dejan de presentarse, y en su lugar se presentan reacciones locales muy intensas en el sitio de la inyección.

2.º En los bóvidos, los fenómenos son más sencillos y más fáciles de interpretar, aparte de que hay más libertad para hacer experimentos de este género. En el buey ocurre con gran constancia y de una manera casi regular, que cuando se ponen inyecciones subcutáneas de tuberculina, incluso en dosis crecientes, los síntomas generales desaparecen, y, en cambio, se presentan síntomas locales. El efecto de esta inyección previa es tan seguro, que mientras estaban en vigor las medidas de cuarentena alemanas para la importación de reses del extranjero, se la ha utilizado a voluntad para escapar al resultado de las pruebas tuberculinicas de las estaciones de cuarentena. Es lamentable que los negociantes hayan concedido a este experimento más atención y más interés que los sabios, en cuya mano podría haber desempeñado un papel muy importante para la modificación del tratamiento por la tuberculina.

Así vemos que en las distintas especies animales la tuberculosis da lugar a un comportamiento muy diferente en los efectos biológicos de las inyecciones de la tuberculina, y que la fijación de ésta al tejido conjuntivo de la piel evoluciona de una manera muy diferente, especialmente por lo que se refiere a la evolución en el tiempo. Pero aun insistiendo mucho en las diferencias, hay que llegar en este caso también a la conclusión de que existe una igualdad de principio en la fijación del veneno a la piel y especialmente en la posibilidad de que esta fijación se verifique.

(1) A. Wolff-Eisner: "Die histogene und die humorale Tuberkulose Immunität. Archv. f. Dermatologie u Syphilis", t. 132.

IDEAS CLÍNICAS

LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES CARDÍACAS

POR EL

DR. G. R. GONZALO

Si útil, importante y clínicamente provechoso es en neuropatología el diagnóstico topográfico de las lesiones nerviosas, determinando con exactitud, en cada caso, la región cerebral ó medular, el sitio anatómico preciso sobre el que aquellas asientan, no lo es menos hoy día en cardiopatología, para de ello poder deducir provechosas enseñanzas diagnósticas, pronósticas y hasta terapéuticas.

Y supuesto que nuestros actuales medios de exploración cardiológica, nos permiten en la inmensa mayoría de los casos determinar con relativa precisión el asiento anatómico de las lesiones cardíacas, lógico es que así lo intentemos para una mayor perfección en nuestros respectivos juicios clínicos.

Sea la lesión de la naturaleza que quiera (tumoral degenerativa, esclerogomosa, vascular, etc.), su localización regional es de una importancia suma, pues se comprende fácilmente que los trastornos funcionales que origine, variarán considerablemente según sea la aurícula ó el ventrículo el lesionado, y dentro de ellos, según la parte anatómica más profundamente interesada (zona de conducción ó de contracción, nódulos ó fascículos, tabiques ó masa carnosa, endo ó pericardio, etc.).

Toda la sintomatología recogida por una buena exploración clínica total y completa, es cierto que nos aportará datos á este nuestro fin peculiar de localización lesional, pero evidentemente que no todos los métodos y procedimientos de exploración tienen á este objeto la misma importancia, según la clase de lesión que se trate de localizar; de entre todos ellos, los únicos que suelen aportar mayor y más valioso número de signos clínicos en la localización de lesiones parenquimatosas, es indudablemente la exploración gráfica y electrocardiográfica, cooperando las demás con síntomas complementarios, nunca despreciables en toda exploración clínica bien hecha y utilísimos en la determinación de lesiones cavitarias óricas ó valvulares.

Son las arritmias el grupo sintomatológico más importante que en cardiopatología nos sirve para localizar las lesiones cardíacas del parénquima muscular, y casi pudiera decirse que á cada una de ellas va unida, la mayoría de las veces, la parte anatómica del corazón irritada, comprimida, lesionada ó destruida por la lesión correspondiente: fruto precioso y de valor inapreciable de la moderna experimentación fisiopatológica cardíaca.

Asiente la causa lesional en aurícula interesando el nódulo sinusal de Keith y Flach, y su irritabilidad ó hipoexcitabilidad dará lugar á una arritmia sinusal perfectamente diagnosticable, y ordinariamente de es-

casa ó nula importancia clínica, produciendo ese sin número de taquí ó bradiarritmias sinusales conocidas con los calificativos de ortostáticas, de esfuerzo, respiratorias, digestivas, juveniles, etc.

Sucede en otras ocasiones que la lesión anatómica (de cuya naturaleza, como ya he dicho, prescindimos en este lugar) determina la producción de zonas de hiperexcitabilidad capaces por sí mismas de originar ondas de contracción, y en su consecuencia, éstas se intercalan entre las pulsaciones normales, dando lugar á sístoles anormales, prematuros, menos intensos, conocidos con la denominación de *extrasístoles*, y cuya localización ú origen auricular, ventricular ó aurículo-ventricular nos la permite hacer la mayoría de las veces los diferentes caracteres gráficos y electrocardiográficos de los respectivos trazados, cuya descripción haría interminable este artículo, á más de haber sido ya expuesto en otros trabajos de esta misma Revista.

Pero existe una arritmia especial, tan característica y propia de determinada lesión anatómica, hasta en sus diferentes grados lesionales, que á mi juicio es la que más evidentemente se diagnostica en clínica y la más importante desde este punto de vista que nos ocupa; me refiero al denominado *bloqueo del corazón*, en sus tres variedades clínicas y lesionales de *simple, incompleto y completo*.

Como es ya bien sabido, su presencia indica de manera indudable la existencia de una lesión en el fascículo de His, el cual en un primer grado lesional, digámoslo así, ó irritativo, origina el simple bloqueo de la onda contráctil cardíaca, la cual, á su paso por el mencionado fascículo, no encuentra sino alguna dificultad traducida en el trazado yugular por una mayor distancia entre la onda de contracción auricular (*a*) y la ventricular (*c*); pero si la lesión que lo daña ahonda é interrumpe incompletamente el paso de la onda contráctil, el trazado revela que de cada cierto número de sístoles ú ondas auriculares (*a*) no pasan al ventrículo más que algunas de ellas (*c*), originándose el bloqueo incompleto; dando lugar al bloqueo completo, desapareciendo algunas ondas *c* del trazado yugular, cuando interrumpido el paso de las ondas por el fascículo de una manera total y absoluta, la aurícula y el ventrículo laten con ritmos distintos é independencia absoluta, según claramente lo traduce el trazado gráfico.

Los mencionados trastornos, pues, de la excitabilidad primero y de la conductibilidad después, de la fibrilla muscular cardíaca, vemos que al ser gráficamente recogidos nos expresan y traducen con relativa evidencia, el lugar anatómico aproximado en que la lesión tiene su asiento.

Que con ello se precisa y puntualiza más nuestro diagnóstico clínico, no hay ni por qué decirlo; pero es que esa misma influencia trasgrediendo al pronóstico y pronto se deja comprender que desde la insignificante importancia de la arritmia del zeno, hasta la suma gravedad del bloqueo incompleto (por su fatal influencia sobre la función circulatoria general), existe toda una serie escalonada de lesiones, que según los sitios

y regiones anatómicas que dejamos mencionados y la intensidad de sus *destroz*os anatómicos, siquiera en ocasiones sean microscópicos, determinan una gran variabilidad de gravedad en los respectivos pronósticos.

Y en honor á la brevedad, á la que siempre sacrifico mis ideas en esta clase de trabajos, no me ocupo de otras lesiones especiales de aurículas ó ventrículos, como la fibrilación auricular perfectamente diagnósticable hoy día por electrocardiografía, el pulso alterante, revelador de un grave trastorno de contractilidad de la fibra muscular de los ventrículos y algunas más que actualmente se precisan y localizan en clínica cardiológica, la mayoría de las veces con tan relativa sencillez, que el conjunto de su exploración y de su estudio, ha constituido el paso verdaderamente gigantesco que en estos últimos años ha dado la patología cardíaca, al cual, hay que confesarlo con orgullo, no han sido extraños y han contribuido con personales y notables trabajos, algunos cardiopatólogos españoles.

Diciembre, 1923.

La lucha antituberculosa en España ⁽¹⁾

POR

RAMÓN VILLEGAS

III

Los Dispensarios.

Otra de las instituciones creadas es la de los Dispensarios. Quiero apresurarme á declarar que, entre todas, es acaso la más importante. Los Dispensarios tienen una función transcendental que cumplir. La gran extensión que puede alcanzar sus beneficios, los hace verdaderamente indispensables como avanzada de toda lucha antituberculosa que quiera intentarse. Yo tengo además por los Dispensarios antituberculosos un hondo afecto íntimo. Mi labor durante más de diez años en uno de ellos ha sido la base de toda mi experiencia en la especialidad. Por esto siento acaso más intensamente el deseo de su perfeccionamiento y mejora. La importancia de los Dispensarios se deduce de su misma definición: *Son establecimientos especializados para información, consulta y tratamiento no hospitalizado de los enfermos pobres.* De este concepto trataremos de obtener elementos de juicio que nos permitan criticar á los Dispensarios actuales, y me referiré exclusivamente á los tres Dispensarios de Madrid, por no conocer todos los de provincias aunque supongo que habiendo sido aquellos los primeros, habrán dado la pauta á la generalidad de los que existan. En todo caso, si no es así, yo tendría mucho gusto en elogiar la excepción.

Empezaremos por decir que no son establecimientos especializados y que no hacen de un modo exclusivo la asistencia de los enfermos pobres.

No son consultorios especializados—alguno por lo menos—ni en su dirección científica, ni en su organización clínica.

Creo innecesario decir que no hay en mi espíritu el más pequeño deseo de molestia personal y que por el contrario guardo á todas y á cada una de las personas la considera-

ción que me merecen. La razón de mi censura por lo que se relaciona con la dirección, se refiere—única y exclusivamente—á la posibilidad de que haya un director de Dispensario que no había sido nunca—hasta la fecha de su nombramiento—especialista en tuberculosis. ¿Es que la tuberculosis es una vulgar y sencilla enfermedad cuyo conocimiento pueda improvisar se? Entonces no hacen falta los Dispensarios que son Institutos especializados. A ningún especialista en tuberculosis se le ha ocurrido nunca hacerse director de un establecimiento de ortopedia y, sin embargo, un especialista—notable—en cirugía de huesos ha podido ser designado para contribuir á la actual organización antituberculosa. Es muy posible, es casi seguro, que un hombre de tanto talento como mi querido amigo el Dr. Palacios Olmedo—que es á quien me refiero,—haya podido realizar su cometido de una manera maravillosa; pero, aunque así fuese, el empeño, cada día más riguroso de la ciencia, en el sentido de la especialización, no permite aceptar este criterio que, si puede estar justificado por la persona, debe rechazarse, sin duda, por el sistema.

Casi todos los demás defectos que pudieran encontrarse en la dirección de los Dispensarios dependen de la falta de elementos, de la pobreza con que el Estado acude á sostener esta Institución, al erróneo criterio de considerar al médico como un padre natural de todos los enfermos pobres. Supongamos que un especialista ilustre, un gran médico, siente vocación por la lucha antituberculosa y pone en el empeño todo su esfuerzo, todo su talento, pero, además, tiene que vivir. Y el Estado no paga á ningún médico de los que realizan la obra antituberculosa, ni á los directores, ni á los profesores de consulta... Es evidente que no hay obligaciones sin derechos y que no puede exigirse un trabajo á nadie sin retribución de ninguna clase. Aprovechamos esta ocasión para protestar de la oficial creencia de que toda la Beneficencia del Estado puede hacerse á base del sacrificio personal de los médicos: á los médicos se los embaucan y se los engaña haciéndoles creer que su carrera es un sacerdocio, una profesión de sacrificio. Y lo resulta inevitablemente porque es sin disputa la clase más altruista, la más generosa, pero precisa decir muy alto que esto no es una obligación, sino una merced que, además, no se agradece ni se estima. Debemos decir muy alto que la Medicina no es un sacerdocio, sino una noble, una excelsa profesión que debe ser retribuida, por lo menos, como cualquier otra. Yo creo que el no retribuir la decorosamente—como no se retribuye—constituye un tremendo perjuicio que se hace á la Sociedad.

Los directores, tanto como los médicos de consulta, de los Dispensarios, prestan sus servicios gratuitamente. En general son todos hombres entusiastas de su especialidad, con amor por el pobre físico, altruistas, estudiosos. Todo lo que hagan, ¡todo!, debe ser agradecido, puesto que lo hacen gratis. Pero el médico joven que no tiene aún clientela, ni acaso lo indispensable para vivir, ha de dar la preferencia de su tiempo á lo que le proporcione algún provecho y será inevitable que desatienda algún tanto la espiritual preocupación de su sacerdocio; y el médico viejo acreditado, con gran clientela, es posible que tampoco encuentre facilidades para cumplir con su sacerdocio, abrumado por tan excesivo y bien remunerado trabajo como supone el cuidado de una clientela importante. Por todo esto, yo creo que no pueden hacerse censuras excesivas á la dirección científica de los Dispensarios porque todas ellas encuentran una justificación fácil sin más que decir que cuanto hacen lo regalan.

(1) Véase el número anterior.

Otra cosa es la organización interna, el funcionamiento de estos Institutos. Claro está que la organización depende de la dirección y ya hemos justificado, de antemano, todas las deficiencias que de ésta dependen. Pero aquí, que no se trata de cosas personales, podemos exponer, con más libertad, nuestro criterio.

Yo creo interpretar la idea de Calmette, fundador de los Dispensarios antituberculosos, pensando que estos Institutos tienen que acudir á ilustrar á todo el mundo, y especialmente á las clases menos cultas, en aquéllos principios elementales y comprobados que pueden disminuir el contagio: *Nadie debe escupir en el suelo, todas las escupidoras deben forzosamente de contener un líquido porque el esputo no es peligroso hasta que no se deseca, no se debe barrer sin mojar previamente el pavimento...* Cuatro vulgaridades, pero tanto más necesarias cuanto que en España *nadie* estima su transcendencia. Buena prueba de ello puede tenerla cualquiera observando cómo en edificios públicos de tanta importancia y lujo como el Banco de España, el Ayuntamiento de Madrid, Ministerios, etc., hay *todavía* escupidoras de serrín ó arena que tanto favorecen la desecación de los esputos y, por lo tanto, la difusión bacilar y la facilidad del contagio tuberculoso. Fácilmente se comprende que si estos establecimientos no han adoptado aún el sistema científico elemental, reconocido hoy como indispensable para disminuir el contagio, no ha sido por tacañería ni por falta de medios, sino sencillamente por ignorancia, porque no hay ninguna institución científica que haya tenido empeño en ilustrarlas. Por lo demás, si esto ocurre en lugares públicos tan excepcionalmente privilegiados que se apresurarían á modificar sus deficiencias con una sencilla indicación, no es preciso hacer un gran esfuerzo imaginativo para suponer que tampoco nada se ha intentado en el más difícil propósito de llevar á los hogares pobres estas sencillas y fundamentales enseñanzas.

Por aspiración estética algunas empresas (extranjeras) impusieron en ciertos lugares de acceso público la prohibición de escupir en el suelo. Pero este precepto no se obedece porque falta en España el convencimiento previo del peligro que el escupir supone. ¿Quién tiene la obligación de inculcar este convencimiento? No cabe duda que debían ser los Dispensarios. Pensemos si los Dispensarios han hecho algo en este sentido para no admirarnos demasiado de esa facilidad escupitoria de los españoles tan gentilmente criticada por el gran Salaverría. Como es de justicia me complace hacer la excepción del Dr. Verdes Montenegro que ha publicado una cartilla que reparte gratuitamente en su Dispensario y que trata de divulgar profusamente. En este sentido es acaso el único que ha comprendido exactamente el papel divulgador de estos Institutos.

Otra de las características esenciales de los Dispensarios es la de descubrir en sus comienzos la tuberculosis que se presenta de ordinario de una manera insidiosa, tratarla en este momento fácil y proporcionar á los enfermos el máximo de posibilidades económicas que compensen las deficiencias de su pobre vida. Para ello es indispensable: 1.º, polarizar la atención del médico hacia el punto concreto de descubrir la tuberculosis incipiente; 2.º, poseer los recursos técnicos más perfectos de tratamiento, y 3.º, estar dotados ampliamente para acudir al socorro de los miserables que carecen de ropa, que duermen en cubiles, que no pueden alimentarse, que no tienen dinero para comprar medicinas.

Veamos lo que ocurre: En estas consultas se recibe á toda clase de enfermos, á todos se les trata, desde el enfermo de corazón—que nada tiene que ver con la tuberculosis—hasta el tabético que seguramente tendría mejor asistencia

en una consulta de nervios ó de sífilis. Y todo ello en perjuicio del tuberculoso. Pero, además de la limitación que supone el acceso de otros enfermos para aquéllos que pudieran llamarse sus titulares, es que esto constituye un grave perjuicio para los mismos intrusos. Estos enfermos en convivencia de espera un día y otro con los tuberculosos pueden muy bien contagiarse y, entonces, del Dispensario reciben un positivo perjuicio, que no es compensado de ninguna manera, y su presencia en el Consultorio impide la de otros que pudieran obtener beneficio. Del error que supone este sistema puede tenerse idea sin más que saber que hay Dispensario donde hay consultas de ojos, de embarazadas, de estómago... Nos parece demasiado evidente este absurdo para insistir más.

El segundo punto, el que se refiere á poseer los recursos técnicos más perfectos de tratamiento, está completamente fuera de duda, por no encontrarse dentro de las posibilidades héticas de los Dispensarios, que supera á la posibilidad de su realización. Tampoco es necesario insistir sobre este punto.

Y el punto tercero de que los Dispensarios acudan al socorro de los tuberculosos pobres que carecen de ropa, que duermen en cubiles, que no pueden alimentarse, que no tienen dinero para comprar medicinas... ¡Oh! esto es un sarcasmo, un cruel sarcasmo. ¿Con qué? Hace falta dinero, mucho dinero. No lo hay. Cuatro camisetas del ropero de Santa Rita, siete escupidoras y cinco termómetros regalados por una dama sensible ó un tendero propagandista. No quiero hablar; esto es ridículo y ve gonzoso.

Los Dispensarios, tal y como están constituidos, no sirven para nada.

Continuaremos.

REVISTA CRÍTICA

LOS ORÍGENES DE LA EPILEPSIA GENUINA (1)

FOR EL

DR. CÉSAR JUARROS

Esta teoría del exceso de alcalinidad sanguínea ha sido combatida por Kjelland Mordre (140), que la considera una exageración. Osnato (141), concede toda la importancia á la acidosis. Bigwod (142) admite que el equilibrio humoral se debe á la dependencia reciproca entre sus iones calcio y sus iones H. La ruptura de este equilibrio daría nacimiento, aparte de otros síndromes, á la epilepsia. De los trabajos de Henry Rawle Geyelin (143), no se deduce nada característico en la relación entre la acidez y la alcalinidad de la sangre en los epilépticos. Bisgaard (144) asegura un aumento del amoníaco sanguíneo. El propio Bisgaard, en compañía de Norvig (145), insiste en la realidad de tal aumento, atribuyendo á modificaciones patológicas del tiroides.

El estudio de las sero-albúminas ha motivado numerosos trabajos. Meyer y Bruhl (146) han encontrado grandes oscilaciones en su cantidad existiendo, sin embargo, ataques coincidentes con cifras normales y aun inferiores á éstas. Wuth (147) ha analizado la sangre de los epilépticos en los ataques y durante los intervalos, descubriendo en aquéllos elevación de la cantidad de albúmina existente en el suero aumento de leucocitos, relativa linfocitosis. En los intervalos preséntase acrecentamiento de la albúmina. Análogos

(1) Véase el número anterior.

cambios se observan en otros ataques convulsivos, como en los histéricos, por ejemplo.

La realidad del aumento de la albúmina sérica en las enfermedades convulsivas ha sido determinada también por Bruhl (148) Cuneo sostiene (149), que además de mayor proporción de amoníaco, existe en la sangre durante la fase preparoxística, una sustancia tóxica, con los caracteres propios de las albumosas.

Crinis (150) defiende la frecuencia de las perturbaciones en metabolismo de los albuminoides.

Los cloruros también han provocado numerosas explosiones. Pezali (151), precisa lo común de los cambios de la cantidad de los cloruros sanguíneos. Frichs y Weinberger (152) halla antes del ataque y durante él, retención de cloruros, en la trama de los tejidos. Mlle Parhon (153) otorga el papel principal á la disminución del calcio y magnesio sanguíneo, obra de lesiones endocrinas. Para Herzfeld y Lubowsky (154), hay, por el contrario, aumento del calcio sanguíneo. A los que hablan de la intervención de la creatinina, les ha despojado de su ilusión K. Bruhl (155), demostrando que la cantidad que de ella contiene suero no guarda la menor relación con los ataques.

La teoría de los iones, como cuantas surgen en el campo de la Ciencia, también ha sido aplicada, según vimos antes, á la resolución del problema de la epilepsia. Así Flesch (156) habla de crisis convulsivas por alta tensión iónica.

Como es fácil suponer, la doctrina de los choques hemoclásicos, de la anafilaxia, han sugerido numerosas hipótesis que cuentan con numerosos adeptos. Buscaino (157) cree el ataque, consecuencia de una crisis anafiláctica, engendrada por la penetración, en el torrente circulatorio, de proteínas anormales, elaboradas en la glándula tiroides. Es corriente oír invocar el caso de Pagniez y Leobardy (158) de un niño de doce años, que después de haber ingerido 60 gramos de chocolate presentó fuerte crisis hemoclásica seguida de convulsiones. El propio Pagniez (159) opina que sería todo obra de una lesión meningo-cortical, á la que vendrían á sumarse trastornos circulatorios por fenómenos coloidoclásicos. Para Lumiere (160), habría que pensar en la excitación de los centros por los floculados coloides. Trepsat y Antheaume (161) figuran entre los alistados en este bando.

A tales interpretaciones no las han faltado contradictores. Han s (162) aduce que crisis anafiláctica y ataque convulsivo representan efectos de una sola causa: intoxicación. Tudoran (163) buscando la existencia de un choque hemoclásico en 16 epilépticos, sólo lo ha encontrado en 12. Dide y Giraud (164) recuerda que para poder hablar de anafilaxia es necesario que exista:

I) Sensibilización previa, por un determinado antígeno.

II) Acción específica desencadenante de este antígeno ó de antígenos vecinos. En la epilepsia se ignora si existe sensibilización previa. Para estos autores, parece tratarse de un choque proteico de antígeno endógeno, producto de la degradación de las albúminas por alteración de las glándulas endocrinas.

Mas, aun suponiendo que el ataque pueda originarse por algunos de estos mecanismos, ¿y las ausencias y los otros síntomas epilépticos y el carácter?

La única conclusión posible es, por tanto, que fenómenos hemoclásicos ó anafiláticos puedan causar convulsiones. De esto, á decir que la epilepsia es una crisis anafiláctica, media gran distancia.

Atribuir la epilepsia á un trastorno endocrino, está ahora en boga. Tanto que Bambarén (165) ha llegado á mantener la necesidad de colocar al lado del grupo de las epilepsias cerebrales el de las endocrinas. Vizioli (166) para apor-

tar datos, ha publicado un resumen de las alteraciones endocrinas halladas en la epilepsia y con ello, pese á ser bien opuesto su propósito, ha venido á dar la razón á Graziani (167), cuando objeta que se trata sólo de variaciones constitucionales.

Fieles á nuestro propósito de información imparcial, citaremos trabajos referentes á cada una de las glándulas principales:

Tiroides.—Es acaso á la que se ha concedido mayor beligerancia. No cabe negar que existen síndromes epilépticos mejorados por la preexistencia de un estado mixedematoso. Paris (168), Kovalewsky (169). De admitir esta patogenia debiera ser frecuente la asociación de la epilepsia con la enfermedad de Basedow, en la práctica resulta, sin embargo, rarísima. Hay, además, casos tan fomentadores de recelo, como el de Joffroy y Achard (170) que diagnosticado de epiléptico con enfermedad de Basedow, la autopsia descubrió una siringomelia cervicodorsal.

Voisin (171) cita una basedowiana con epilepsia en que el tratamiento opoterápico hizo desaparecer lo tiroideo, pero no lo convulsivo. Algunas veces cabe suponer, Merklen (172), que las alteraciones circulatorias inherentes al bocio exoftálmico son las causantes de los ataques. Etienne y Richard (173) aportan á la disputa una observación de epilepsia tardía, sin otro motivo, aparente, que la coincidencia de un hipotiroidismo con atrofia testicular.

Por ser de fácil comprobación se ha insistido mucho sobre la disminución de peso de las glándulas tiroides de los epilépticos. —Ramadier y Marchad (174), Tenchini (175).—No es posible dejar de tener en cuenta la gran amplitud de las variaciones regionales é individuales.

Parhon y Mlle Stocker (176) en 21 casos de epilepsia han encontrado: 14 veces esclerosis del tiroides, ocho abundancia desacomunada de las granulaciones lipoides, nueve ectasia folicular. A pesar de tales imprecisiones abundan los clínicos que, como Guillon (177), defienden tozudamente la constancia de una intervención tiroidea.

Sirven esencialmente de apoyo resultados beneficiosos obtenidos con el tratamiento. No otra es la base de la llamada por Gelma (178) epilepsia tiroidea.

Reinhold (179) no logra el menor efecto en las psicosis epilépticas. Pische (180) cree que es un tratamiento al que hay que renunciar. Claude (181) no lo admite sino como coadyuvante.

Paratiroides.—Cotoni (182) y Marinesco (183), tomando por base las convulsiones que originan las lesiones quirúrgicas de las glándulas paratiroides, las suponen causantes de algunas formas de epilepsia. ¿No sería más exacto decir de convulsiones? Masaglia (184) apoya estas ideas atribuyendo la eclampsia á la insuficiencia paratiroidea.

En frente se alzan tres hechos fuera de toda discusión: la ineficacia del tratamiento paratiroideo, ineficacia convertida algunas veces en agravación, Rabonni (185); la imposibilidad de extirpar las paratiroides sin lesionar el tiroides, Bolten (186), y el que las convulsiones producidas por tiroideotomías desaparezcan con la paratiroidectomía, según ha demostrado plenamente en los animales el profesor Gley (187).

Hipófisis.—Es glándula también muy acusada de producir, por insuficiencia, la epilepsia, no obstante lo muy frecuente que es encontrar enfermos epilépticos con acromegalia. Aun adoptado el criterio sería imposible anular el hecho de que en muchos de estos sujetos la epilepsia es anterior á la acromegalia y de cómo en otros ambos padecimientos obedecen á un tumor de la hipófisis, y cómo no pocas veces entra en juego una infección que lesiona simultá-

neamente corteza é hipófisis. En bastantes ocasiones se atribuye á la epilepsia y aun se califican de ausencias, desvanecimientos que suelen formar en el cortejo del hiperfuncionamiento del lóbulo anterior de la hipófisis, desapareciendo en cuanto se restablece el equilibrio endocrino, Clark (188).

La anatomía patológica no aportó aun ninguna prueba. Mlle. Stocker (189) en 13 casos de epilepsia solo vió, como fenómeno constante, el aumento de las células cianófilas.

Ascensi (190) ha coleccionado 15 casos de extirpación de la hipófisis, en ninguno de los cuales se presentaron convulsiones. Mientras Tucker (191) afirma las excelencias del tratamiento opoterápico y Louwenstein (192) cree superior á todos y de positiva eficacia el extracto de la glándula entera, Mairet y Bosc (193) hablan de agravaciones y Vermeilin (194) acusa á los preparados hipofisarios de producir la eclampsia.

Pese á todas estas contradicciones, Mack Johnston y Heninger (195) sostiene radicalmente la teoría del origen hipofisario de la epilepsia. Algunos procuran hallar motivos anatómicos. Van de Berg (196) atribuyendo al hipofuncionamiento hipofisario un estado de mayor irritabilidad cortical. Hofbauer (197) piensa que lo causado es una anemia por espasmo arterial.

Ovario.—Al ovario ha sido atribuida la epilepsia por Rebattu, Mollen y Sedgillan (198), entre otros; opuestamente Marchand y Tolouse (199) mantienen que las reglas no ejercen influencia sobre la epilepsia. Ateniéndome á mi experiencia puedo decir (200) que tal apreciación es errónea. En mis cuadernos clínicos existen varios casos de muchachas con crisis convulsivas de tipo epileptiforme, presentando unas y careciendo otras del estado mental comicial. He visto también dos casos en que durante el periodo disminuía la frecuencia de los ataques. No cabe negar la existencia de las convulsiones aparecidas en la menopausia, Sanchis-Banús (201).

La extirpación de los ovarios logra que cesen las crisis según Davidsson (202), Scharanm (203), Levi-Bianchi (204), etcétera. Marchand, en cambio, ha historiado tres casos (205) donde la intervención ejerció influencia contraproducente, presentándose los ataques, *por primera vez*, después de la operación (206).

Mientras dá resultados nulos la medicación orquíutica, la ovárica rinde positivos beneficios á Bodon (207) y Dobrick (208). A mí rara vez, y siempre reducidos á pequeños alivios.

Con alguna frecuencia la insuficiencia no aparece aislada, sino asociada á la de otras glándulas, dejando el ánimo suspenso. Tal ocurre con algunos síndromes de disfunción simultánea de hipófisis y ovario, publicado por R. Leahy (209).

Van der Berg halla un nuevo dato á favor (210) en la desaparición de algunos ataques después del matrimonio.

Cápsulas suprarrenales.—Existe, respecto á estas glándulas, una gran diversidad de opiniones. Juarros (211). Desde Ball (212) para el que la epilepsia formaba parte del cuadro sintomatológico de la enfermedad de Addison, hasta Anglade y Jacquín (213), para quienes el que presente convulsiones un addisoniano ó se vuelva addisoniano un epiléptico, son simples coincidencias, sin la más pequeña relación de causa á efecto.

Caude y Schmieregeld (214) en 17 casos de epilepsia hallaron: siete veces esclerosis de la substancia cortical y medular escasamente desarrollada, con células arrugadas, correspondiendo al tipo de las características del hipofuncionamiento; cinco mezclados los caracteres propios del hiper-

é hipofuncionamiento; tres, glándulas normales; una, esclerosis acentuadísima de la cortical y dos pequeñas formaciones adenomatosas.

H. Fischer (215) sentando la premisa de que el cerebro no es el único órgano generador de convulsiones, admite que también pueden desempeñar es e papel las glándulas suprarrenales por una acción simpática. De esta opinión deriva un tratamiento de la epilepsia genuina: extirpar una glándula suprarrenal.

Aun cuando no cesó todavía el estruendo de la disputa y aun cuando Hauke (216) piense que aún no se posee experiencia suficiente para formar juicio definitivo, es lo cierto que, como método terapéutico, la extirpación de una glándula suprarrenal—corrientemente la derecha—sólo logra atenuar los ataques temporalmente, pues vuelven á recobrar toda su intensidad—Borezky (217)—tan pronto como tiene lugar la hipertrofia compensadora de la glándula conservada. G. Jung é Szorady (218).

Timo.—El origen tímico de la epilepsia era ya defendido, en 1898, por Ohlmacher (219); Browning (220), en época más reciente, exterioriza el mismo pensamiento.

Williams (221) apoya la doctrina de una acción mecánica del timo durante la infancia, comprimiendo las venas y dificultando la circulación cerebral. Ni las autopsias ni las intervenciones quirúrgicas—Schwein (222)—ni la opoterapia, proporcionan ningún asidero á favor.

Síndromes pluriglandulares.—Tenida en cuenta de lo raro que es observar los síndromes endocrinos monoglandulares, varios clínicos han invocado el origen pluriglandular de la epilepsia—Varsilin (223)—, citando, entre otros argumentos, la asociación de la epilepsia con síndromes de adiposis dolorosa—enfermedad de Dercum—, en la que intervienen los ovarios, el tiroides y la hipófisis, en primer término, y en uno más secundario, las restantes.

Sin embargo, siempre queda un rescoldo de duda, justificado por la existencia de otros elementos etiológicos. Así en la historia de Henry (224) la enferma era ya epiléptica y alcohólica, cuando apareció la enfermedad de Dercum. En la observación de Truelle y Besiere (225) la epilepsia databa de la adolescencia; la enfermedad de Dercum, de los treinta y cinco años. En la de Marchand (226) se halló en la autopsia esclerosis ovárica, adenoma y bocio folicular, enquistado, en el tiroides; meningitis crónica y lesiones esclerosas corticales, origen probable de la imbecilidad y la epilepsia.

Ante esta discusión surge siempre la misma pregunta. ¿No se dan análogas perturbaciones en los sujetos no epilépticos? Piénsese que en el fondo no son sino signos de las llamadas distrofias glandulares de Hutinel y Maillet (227).

Como efecto de las íntimas relaciones existentes entre las glándulas de secreción interna y el simpático, se ha investigado en esta dirección. Para Vidal, Abrami y de Gennes (228), la disfunción endocrinosimpática crearía una mayor aptitud anafiláctica.

Munier (229) supone íntimamente ligadas las convulsiones—epilépticas y no epilépticas—á trastornos simpáticos. Tracy (230) estima la epilepsia como una simpaticotomía, y el mismo Munier con Benech (231), atendiendo sólo al elemento convulsivo, denominan á la epilepsia y al histerismo ramas de un tronco común.

La enorme frecuencia con que se ven epilépticos sin la menor huella de anormalidad simpática y la no menor con que se observan simpaticotónicos sin un solo signo que justifique llamarlos epilépticos, son hechos de superior significado á las hipótesis cimentadas en coincidencias excepcionales.

Durante algún tiempo se puso la fe en la experimentación. Poco á poco se ha ido perdiendo. En general se ha buscado sólo producir un síntoma—convulsiones—, no la epilepsia. Aun limitando tan arbitrariamente el campo experimental, fueron tales los desmanes de generalización, que Muskens (232) se ha creído en el deber de llamar la atención sobre la conveniencia de fijar bien lo que ha de entenderse por convulsiones epilépticas. Las técnicas seguidas en los laboratorios se han reducido, de ordinario, á una de estas cuatro:

Inyección de sustancias en animales no preparados.

Inyecciones sobre animales preparados.

Operaciones sobre el cerebro.

Intervenciones quirúrgicas en otras regiones.

Al primer tipo pertenecen las experiencias de Wallis Machenzie y Nicol (233), probando la acción—previa escarificación cutánea—de diversas proteínas: huevos, carne, pescado, leche, legumbres, frutas, cereales, peptonas, llegando á la conclusión de que por intoxicación proteica puede producirse un tipo de ataques epilépticos de etiología diagnosticable por la cutirreacción. De 48 enfermos con reacción positiva, 23 reaccionaron á la peptona, 15 á los cereales, 15 á la carne y el pescado, 9 á los vegetales, 9 á los huevos y 3 á la leche.

Elsberg y Stockey (234) han usado—Método de Ossipow (235)—las inyecciones de esencia de ajeno en la vena femoral, obteniendo convulsiones de procedencia cerebral. En una segunda serie de experiencias realizaron la oclusión temporal de la arteria innominada y de la subclavia izquierda, siendo sus resultados de muy difícil traducción á la patología humana.

Producir una lesión cerebral é inyectar después sustancias irritantes del sistema nervioso, constituye proceder muy utilizado. Figuran en el grupo, entre otros, los experimentos de Claude y Lejonne (236), á base de inyectar bajo la duramadre, en la región de las circunvoluciones motoras, V-XV gotas de una disolución de cloruro de cinc. El animal sufre convulsiones durante algún tiempo, acabando por recobrar apariencia normal. Entonces se inyecta debajo de las cubiertas una disolución de estriquina, que produce convulsiones generales y la muerte. Los animales testigos, que sólo reciben estriquina, ó no sufren ninguna convulsión, ó si se presenta ésta, es pequeña é inofensiva.

Parece, pues, demostrado que una lesión de las circunvoluciones predispone á una mayor facilidad convulsivante.

Kastan (237) ha repetido estos experimentos con algunas variaciones en la técnica y analogía en los resultados. Amantea (238) desata fuertes convulsiones, por simple excitación cutánea, en perros de centros corticales estriquinizados.

Frente á estas conclusiones imponen prudente reserva los hechos aducidos por Preda y Popea (239) de animales con heridas en la región motora, en los cuales los venenos convulsivantes no lograron efecto alguno.

La opinión de Brown-Sequard, de que la sección del ciático, en el conejillo de Indias, puede producir una epilepsia transmisible por la herencia, ha inspirado varios trabajos. Maciezza y Wrzosek (240) sólo han observado un pequeño aumento de la predisposición á las convulsiones. Marie y Donadien (241) se muestran también contrarios á la idea. Alford (242) sostiene que nada tiene que ver la epilepsia de los cobayos con la de los hombres. Según Maciezza (243), no es precisa la herida del ciático, pudiendo producir esta clase de manifestaciones, mal llamadas epilépticas, la amputación de los pies y hasta la desarticulación de unos dedos.

También se ha laborado intensamente para localizar el

centro convulsivo. Fuchs (244) supone que las convulsiones clónicas proceden de la corteza y las tónicas de la región subcortical.

Separando operatoriamente el cerebro anterior ó evitando su intervención, merced á medios farmacológicos, no se presentan convulsiones clónicas ni aun recurriendo á la cocaína. Sauerbruch (245), después de traumatismos craneales ha logrado, en el mono, crear una hipersensibilidad convulsivante á la cocaína, que se obtiene igualmente mediante la repetición de movimientos pasivos de una pata, durante tres ó cuatro horas. La Boucheé (246) ha registrado la insensibilidad convulsiva al ajeno, en animales privados de sus hemisferios.

Sin embargo, con estas y todas las experiencias es necesario tener gran cautela antes de hacer aplicación de sus conclusiones á la patología humana, como ocurre, por ejemplo, con las de Stefan Jellmek (247).

Mediante secciones medulares se ha demostrado que es necesario la continuidad de médula y cerebro, para que las convulsiones tengan lugar, Lapinsky (248).

Como es fácil apreciar, se ha perseguido más poner en claro el mecanismo de las convulsiones que no la génesis de la epilepsia.

Por último, tenemos que conceder relativa atención á las teorías psicológicas, á que tanto relieve ha prestado el auge de la doctrina de Freud (249).

Chester A. Marsh (250) supone que las emociones de fuerza excesiva agotando la energía inhibitoria de los centros superiores, dejan en libertad á los inferiores, libertad exteriorizada por una actividad muscular desordenada.

Para Pierce Clark (251) las convulsiones no son sino un mecanismo regresivo y protector. Mecanismo de defensa frente á los conflictos entre la realidad y el deseo del enfermo. No hallando solución, apela al ataque como medio de liberarse de la tortura de la lucha interior (252). El ataque puede ser también considerado como un retorno á estados infantiles ó fetales, Kennedy (253). En sentir de P. Schilder (254) en el estado crepuscular de los epilépticos se verifica un reavivamiento de ideas.

En las ausencias y en los estados crepusculares la atención deja de aplicarse al presente para proyectarse sobre el pasado. ¿Es efecto del ataque esta inversión de la corriente de la atención; es, por el contrario, su causa? Quien desee iniciarse en estas intrincadas cuestiones, puede leer el tan interesante como discutible trabajo de Wiersma (255) sobre psicología del mal sagrado.

Algunos autores, cual Reede (256), hasta han llegado á publicar casos de epilepsia curados por psicoanálisis. La suposición de que los ataques puedan ser producidos por motivos psíquicos y el que haya reviviscencias triunfadoras de sentimientos reprimidos, rechazados por la censura, plantea de nuevo el problema de la conservación de la conciencia durante los ataques.

Se admitía, clásicamente, que durante el ataque, la inconsciencia es absoluta y la amnesia consecutiva lagunar y persistente. Luego se han ido acumulando hechos contrarios á esta tesis. Existen enfermos, cuyas ausencias son unas veces conscientes y otras inconscientes.—Marchand (257)—y otros capaces de realizar durante la ausencia actos automáticos complicados con plena conciencia de que para nada interviene su voluntad (258).

Schilder (259) ha estudiado experimentalmente, en un reciente trabajo, si en los fenómenos epilépticos existe ó no huellas de recuerdos reprimidos. Sin embargo, estas huellas no siempre son desagradables. Y cabe preguntar: Cuando no existe amnesia, ¿qué justificación, desde el punto

de vista del alivio, puede tener una crisis convulsiva? Y cuándo las ideas conservadas vivas son agradables, ¿qué mecanismo lógico podría tener un ataque que se dice producido por sentimientos dolorosos? Siemrling (260), Stertz (261).

(Concluirá.)

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 15 DE MARZO DE 1924

Enfermo con doble oleoma medicamentoso.

El DR. PULIDO MARTÍN, corresponsal, expone un caso clínico de una lesión tumoral, producida por el depósito dentro de la piel, de grasa introducida de una manera medicamentosa por vía subcutánea. Esta clase de tumores se observan á veces después de varias semanas de la inyección; adquieren dureza, forman diferentes lobulaciones y tienen todo el aspecto de una neoplasia, conjuntiva preferentemente, de tipo maligno. En los cortes histológicos de estas tumoraciones, se ha demostrado que están constituidas por vesículas grasas y conjuntivas, más ó menos dispersas ó separadas en algunos sitios, y en otros, sufriendo ya la metamorfosis esclerosa. Casi todos los casos descritos han sido por grasas minerales, pero el que presenta el Dr. Pulido ofrece algunas particularidades. Tuvo una bronconeumonía; le trataron con inyecciones de aceite gomenolado al 10 por 100, al parecer de aceite orgánico, de olivas ó de almendras dulces, inyecciones que tenían el aspecto típico del aceite corriente; soportó perfectamente las inyecciones, y una noche, después de un año ó algo más, notó picor en el brazo, se rascó un poco y no le dió importancia, pero poco después, al cambiar de ropa, observó que tenía una tumoración en ambos brazos, en la unión del tercio medio con el inferior, en su borde externo. Como se supo que allí le aplicaron las referidas inyecciones, fácil fué el diagnóstico de oleoma medicamentoso.

En su vista, el Dr. Pulido Martín considera el caso de particular significación: 1.º Porque aun cuando se han descrito varios casos en los Estados Unidos y algunos en Europa, es una tumoración digna de ser conocida. 2.º Porque es un caso en que parece que el oleoma sigue á una inyección de aceite vegetal, no de vaselina ni de parafina líquidas, que eran las que antes se consideraban como necesarias para obtener estos tumores; y 3.º Porque dado el uso y el abuso de las inyecciones de aceite alcanforado, gomenolado, de todos los aceites por vía subcutánea, la consideración de un caso como el presente, con las desagradables consecuencias que puedan seguir á una de esas inyecciones, debe ponerse uno en guardia para que se procure siempre administrar estos medicamentos, como todos, cuando están indicados nada más, no usando ni abusando de ellos, por no tener en cuenta esas consecuencias.

El DR. VALLE ALDABALDE cree que el desarrollo de los tumores tal vez haya obedecido á que, según dice el enfermo, le pusieron cuatro inyecciones en cada brazo y siempre en el mismo sitio, y esto es posible que sea la causa de haberse desarrollado el oleoma, pues él emplea el aceite gomenolado, y nunca le ha ocurrido nada. Cita un caso de un señor hemipléjico que tiene de año en año afecciones de pecho y se le inyecta al 10 y al 20 por 100.

El DR. OLEA, corresponsal, dice que en su práctica hospitalaria ha podido notar que inyecciones que tienen por base un aceite vegetal, casi siempre el de olivas, han producido una reacción grande de los tejidos, un endureci-

miento que otras análogas no dieron. Que consultado alguna vez, examinó unas ampollas de las que se habían usado, y pudo comprobar que el aceite de olivas empleado, de hermosa apariencia, era aceite rancio, que no había perdido esta cualidad en las manipulaciones necesarias, los ácidos grasos que deja libres el enranciamiento. Tal vez ello tenga alguna acción en los fenómenos descritos por el doctor Pulido. Empleáronse otras ampollas no enranciadas y resultaron completamente inocuas en los mismos individuos que ya habían recibido las otras.

El DR. PULIDO dice que desde luego no pueden desecharse los conceptos de los que le han precedido en el uso de la palabra, pero hay que considerar que en muchas ocasiones, por ejemplo, en los sífilíticos, á quienes se dan los mercuriales mezclados en una grasa en la región glútea, se acumulan las inyecciones una tras otra, y raramente se observan esas manifestaciones, y también esa grasa en que van, se sabe que muchas veces es absolutamente impura, llevando toda clase de compuestos.

La presentación del caso obedece á que se haga notar á los productores de esas ampollas la necesidad de emplear los productos más puros posible, librándolos de todo elemento extraño que pueda añadir excitación, y para hacer notar al médico en general, que cuando vea que esas ampollas son absolutamente claras é incoloras, las rechace, porque se supone que están hechas con parafina ó vaselina líquida, y estas grasas producen esos tumores con mucha mayor frecuencia que las vegetales. Con éstas no se dan nunca casos así, y si se dan, son tan raros, que pasan inadvertidos. En cambio, las inyecciones de grasas minerales van seguidas de un enorme porcentaje de esas neoformaciones tumorales.

La patogenia de las neuralgias en la leucemia.

El DR. MARAÑÓN expone un caso clínico de leucemia que ofrece algunas particularidades bastante raras. Se trata de un enfermo con una leucemia mieloide aguda, que hizo rapidísimos progresos subiendo el número de leucocitos de manera enorme desde los primeros análisis hasta poco antes de la muerte, ocurrida hace unos días. La autopsia confirmó las lesiones de leucemia; se extrajeron órganos para su estudio histológico que hará el Dr. Pittaluga.

Las particularidades aludidas son dos: 1.ª El metabolismo basal del enfermo, y 2.ª Unos dolores neuralgicos intensos que acusaba como síntoma principal. Respecto al metabolismo basal, ha sido estudiado pocas veces. Los estudios de Pettenkofer lo daban como normal en esta enfermedad, pero otros más minuciosos pusieron en claro que estaba aumentado: unos en un 100 por 100, otros en 52 por 100 en las leucemias linfoides y de 54 por 100 en las mieloides; alguno 123 la cifra más alta y 16 la más baja. En el caso del Dr. Marañón da más 90 y uno del Dr. Arreche ha obtenido más 80. De suerte que se puede dar como seguro que la leucemia es con el hipertiroidismo la enfermedad de la patología humana en la que las cifras del metabolismo basal son más altas.

El otro punto son los dolores reumáticos que presentaba el enfermo en cuestión, poco frecuentes en la leucemia al decir de los tratadistas. Es sabido que el metabolismo de las psoriasis está en esa enfermedad sumamente alterado. En la gota como en la leucemia hay una producción extraordinaria de residuos y una destrucción sumamente rápida de los elementos celulares, y la cantidad de ácido úrico circulante y eliminado por la orina es sumamente alta, con un aumento comparable al de la gota, y sin embargo,

estos enfermos, al decir de los autores, casi nunca presentan dolores gotosos, y en ello no está conforme el Dr. Marañón según su experiencia, restringida desde luego, como todos los internistas. Cuenta con tres casos, por lo menos dos de leucemia típica en que la sintomatología predominante fué de dolores de tipo reumático. El primero era una señora de cuarenta y seis años, que presentaba dolores de rodilla muy intensos; había sido diagnosticada de reumática y recorrió varios balnearios sin resultado. Reconocióla en la consulta y encontró un bazo que llegaba casi á la región pubiana; hecho el análisis de la sangre se comprobó la existencia de una leucemia mieloide traducida sólo por aquellos dolores.

El otro caso es el de esta comunicación, que aparte de una insuficiencia mitral, con accesos de hiposistolia, la única sintomatología era una neuralgia intensa del hombro izquierdo. No se quejaba de otra cosa, y por esa neuralgia ingresó en el Hospital general, siendo después, por otra causa que luego expondremos, trasladado á la sala de infecciosos, á cargo del dicente.

Con este motivo recuerda el caso del ilustre y malogrado Dr. Achúcarro, que murió leucémico, sufriendo desde hacía muchos años dolores intensísimos que amargaron la última época de su vida.

Refiere después las determinaciones sobre la proporción del ácido úrico estudiadas por algunos tratadistas, y en el caso leucémico de que se ocupa, la cifra oscila entre 0,8 y 0,9, que aun no siendo muy elevada, resulta alta. Lo interesante es que, hecha la prueba de la eliminación del ácido úrico, se obtuvo una curva exactamente igual á la que se obtiene en los enfermos gotosos (enseña una gráfica que reproduce absolutamente la forma del metabolismo gotoso). Como contraprueba presenta una curva de eliminación del ácido úrico en un enfermo con adenitis tuberculosa, y se observa que en el enfermo leucémico sube la curva de la cantidad de ácido úrico hasta 1,5, y luego vuelve á bajar de modo brusco; en tanto que en el otro enfermo la curva aumenta con una gran lentitud, y luego descendiendo con mayor lentitud. Y añade el Dr. Marañón: estos casos, desde el punto de vista de su metabolismo purínico, se comportan como los gotosos, y no tiene nada de extraño que haya comprobado en esos tres casos lesiones, trastornos y dolores exactamente iguales á los gotosos. Sin embargo, se presenta un fenómeno muy interesante, y es que, cómo habiendo un metabolismo purínico muy semejante en estos enfermos al de los gotosos, se presentan muy rara vez esos dolores neurálgicos, que son manifestación corriente de los gotosos. A esto, ya el Dr. Marañón presentó á la Academia una comunicación sobre lesiones articulares de origen focal, principalmente dentario, y que los autores americanos consideran que en la patogenia de la gota interviene, además del factor metabólico, algo infeccioso, que determina la fijación del ácido úrico y la inflamación de las articulaciones. El aumento de aquél no basta para producir éstos, sino que hace falta un factor que provoque la fijación de la lesión inflamatoria.

Volviendo al caso clínico que motiva estas consideraciones, el Dr. Marañón se fija en un detalle de interés. Como se dijo, el enfermo se presentó en el Hospital por una neuralgia rebeldísima del hombro izquierdo; se le dieron pinceladas de tintura de yodo que le produjeron enorme quemadura, apareciendo al siguiente día una erupción generalizada, de aspecto varioliforme, diagnosticándola de viruela, por lo que fué trasladado á la sala de infecciosos. Se le hizo el análisis de sangre, y se vió en los frotis gran cantidad de células de Türk, características de la viruela

y de la leucemia; el mismo día se inoculó á un conejo y la reacción fué negativa, y entonces, al siguiente día, se hizo un análisis más detenido, se desechó el diagnóstico viruela, y por exclusión quedó sentado el de leucemia, como así era en efecto de lo que se trataba. De todos modos, como estos hechos son bastante raros, no ha querido dejarlos pasar sin llamar la atención de la Academia, porque probablemente se relacionen con la naturaleza del enfermo, pues es sabido que estos leucémicos, sobre todo los linfoides, tienen gran sensibilidad de la piel, y probablemente con ella se relaciona el desproporcionado efecto del yodo.

El Dr. HUERTAS, al intervenir en la discusión, dice que aun cuando está conforme en los hechos esenciales expuestos por el Dr. Marañón, sin embargo, se permite hacerle observar que el aumento del ácido úrico con metabolismo basal aumentado justifica las neuralgias, como asimismo los estados gotosos y reumáticos; pero que en estos casos el síndrome es articular y alguna vez infeccioso, mientras que en la leucemia y en el caso historiado los dolores adoptaban la forma genuina de neuralgias. En el caso del malogrado Dr. Achúcarro, cuyos sufrimientos fueron de singular índole, se trataba de una tuberculosis ganglionar generalizada con polineuritis.

Por lo que respecta al reumatismo gotoso, dice que es una designación oportuna que le ha complacido oír, ya que ratifica juicios que en varias ocasiones discutió en esta Academia; y añade: el Dr. Pittaluga recordará un caso de leucemia gravísimo en una enferma, en que los dolores neurálgicos fueron de tal rebeldía á los medios que se pusieron en práctica para calmarlos, que seguramente, en unión á las hemorragias, acarrearón su muerte.

La hipermegalia era enorme, y el síndrome leucémico tan claro, que aun sin la reconocida autoridad de dicho doctor en hemopatías, se diagnosticaba casi á simple vista. Así, pues, cree, como el Dr. Marañón, que en muchos casos de leucemia linfóide el metabolismo de las purinas está aumentado, y, por tanto, es responsable de las neuralgias; pero casos hay dentro de esta hemopatía y de otras alteraciones de distinta patogenia, que antiguamente se llamaban discracias, en las cuales, sin alteración metabólica de las purinas, se presentan neuralgias, sobre todo del trigémino.

El Dr. PITTALUGA dice que del estudio de este caso resaltan dos hechos que naturalmente ha puesto de relieve el Dr. Marañón: la alteración del metabolismo basal y la presencia de dolores que ha comparado clínicamente á los gotosos, y, en general, á los del reumatismo gotoso. Coinciden, además, estos datos con el estudio de la presencia del ácido úrico en la sangre y de su eliminación por la orina.

Añade breves consideraciones acerca de la relación, en virtud de la cual estos procesos de aumento y de eliminación del ácido úrico en los procesos leucémicos son semejantes á los de un proceso tan discutido en cuanto á su síndrome clínico y en cuanto á sus orígenes fisiopatológico, como es el proceso gotoso. En realidad, la diferencia patogenética de los dos hechos, es decir, del hecho de la producción y eliminación del ácido úrico, y probablemente también de las manifestaciones sintomáticas del acúmulo de ese ácido úrico en el organismo, en los dos procesos tan distintos, gotoso y leucémico, está demostrada por los datos del metabolismo basal en coincidencia con el metabolismo de las purinas. Esas cifras son con una curva muy parecida en ambos procesos; pero, en cambio, las cifras del metabolismo basal son absolutamente distintas. La com-

paración de estas dos curvas, del metabolismo de las purinas y del basal, da en parte la clave de la interpretación genética de los dos hechos del proceso leucémico; del metabolismo de las purinas, del gran aumento de materiales nitrogenados producidos y eliminados, se forman complejos moleculares á base de amoníaco, eliminados del organismo á consecuencia de la desintegración de la molécula albuminoidea, resultado de la enorme destrucción de materiales celulares que significa la hiperplasia mieloide ó linfoide, y secundariamente la leucemia ó mielema y, por lo tanto, los procesos leucémicos.

Esta gran cantidad de materiales celulares circulantes, rápidamente disgregados y eliminados, produce como consecuencia un aumento de las cifras del metabolismo de las purinas, teniendo en cuenta que se traduce por un aumento en las cifras de proporción y eliminación de urea y ácido úrico en la orina, en cantidad y en tiempo, como una consecuencia del proceso genético de la leucemia, como la expresión fisiopatológica del metabolismo de un proceso caracterizado por una hiperplasia, una hipergénesis de materiales celulares, destinados á una rápida eliminación y disgregación.

En cambio, en el proceso gotoso, en la braditrofia gotosa, en la que las cifras del metabolismo de las purinas se acercan á las del proceso leucémico, en realidad la génesis es distinta. El hecho primitivo es una reducción y retención de los materiales constitutivos de las sustancias que quedan de la desintegración de los materiales nitrogenados. La comprobación de esto hállase en las cifras del metabolismo basal. Mientras en las leucemias son muy altas, como sólo las dan los procesos hipertiroideos, en los estados braditrofos gotosos, en la diátesis braditrofica, cuya manifestación clásica es el artrismo gotoso, las cifras de dicho metabolismo son muy bajas, habiendo un contraste entre las dos curvas que ha puesto de relieve en el estudio de su caso el Dr. Marañón. Esa oposición entre las curvas del metabolismo basal y del de las purinas demuestra la diferencia fundamental entre la fisiopatología del proceso leucémico y el braditrofico, cuya máxima expresión es el artrismo gotoso.

El Dr. SIMONENA trae á cuento, dice, un detalle de química biológica que le parece interesante para interpretar la diferencia de las leucemias con la gota, por más que puedan tener algún parentesco, por lo menos, aparente. Y es que, además del factor externo, que juega algún papel para la presentación de las manifestaciones dolorosas, hay otro factor que precisamente diferencia de modo considerable químico-biológicamente, el ácido úrico de la sangre de los leucémicos, del de los gotosos, que es, la distinta forma, soluble ó poco soluble en que se encuentra dicho ácido. Es indudable, que no sólo hay mucho ácido úrico, sino que la forma en que se encuentra, varía también. En la gota predomina la forma menos soluble, y ello hace que el ácido úrico se precipite en los lugares á propósito, lo que no ocurre en la leucemia, en la que predomina la forma soluble. Por ello no se debe olvidar la forma química del ácido úrico existente en la sangre para explicar el distinto síndrome en uno y otro proceso. Si hay precipitación es porque el ácido úrico existe en la sangre, no tan sólo en cantidad anormal y extraordinaria, sino porque está en forma insoluble, no dándose esa particularidad en la leucemia porque allí se encuentra en forma soluble; es decir, que la diferencia no está tan sólo en lo que decía el doctor Pittaluga de su origen, sino en la especial forma química distinta en una y otra afección.

El Dr. MARAÑÓN al rectificar añade un dato que olvidó,

que, á su juicio, tiene gran interés para atribuir el exceso de ácido úrico circulante en las leucemias, por lo menos, en gran parte, la patogenia de las neuralgias, y es la gran sensibilidad de éstas al atofano (ácido fenilquinolinicarbónico). Son rebeldísimas á todos los medios, y, sin embargo, se curan de manera rápida y absoluta por dicho ácido. En el caso del Dr. Achúcarro lo único que le aliviaba era el referido medicamento que tomaba en gran cantidad. Aun siendo doloroso insistir sobre este caso del inolvidable amigo, cree que aun cuando contribuyera la tuberculosis á empeorar la situación, era un leucémico, y probablemente la destrucción celular de su proceso contribuyó, no poco, á sus dolores.

En el caso de la señora á que hizo referencia, ocurrió lo mismo; los dolores rebeldes que hacían imposible su vida, no se calmaban con morfina y sí con el atofano. Únicamente pasa esto con los dolores de naturaleza gotosa, y le parece que este detalle de terapéutica autoriza á interpretar en sentido de fenómeno de naturaleza gotosa ó parecida, las neuralgias de los leucémicos.

Dr. CESALDO.

Bibliografía. (1)

THORAXSCHNITTE VON ERKRANKUNGEN DER BRUSTORGANE (Cortes del tórax en casos de enfermedades de los órganos del pecho). Atlas por el Dr. Walter Koch, profesor de Anatomía patológica de Berlín.

El genial fundador de la Anatomía patológica, R. Virchow, describió procedimientos de realizar las autopsias que todavía se conservan como clásicos por sus excelentes resultados. Sin embargo, se ha echado de ver que en algunos casos no proporcionan todos los resultados que al médico conviene conocer, y poco á poco se ha establecido una diferencia importante entre la forma que tiene de trabajar el disector, á quien interesa principalmente la anatomía normal, y el anatomopatólogo, á quien interesan los órganos enfermos. Aquél trata de adquirir los conocimientos necesarios para estudiar su carrera; éste, que generalmente trabaja ya bajo el control de la clínica, no se conforma con estudiar las modificaciones que han sufrido los órganos, sino que le interesa deducir de ellas el mecanismo por el que se han producido los síntomas que el enfermo presentó. Para este estudio es preciso apreciar las modificaciones del órgano en su conjunto y las relaciones que guarda con los demás. Por eso, mientras el disector trabaja con instrumental delicado y con cortes pequeños y disociación minuciosa, al anatomopatólogo le interesan los cortes amplios que le den mucha luz sobre el proceso que se desarrolló y se reserva la disección fina para los casos especiales. Por no haberlo tenido en cuenta se han cometido algunos errores, así como por no apreciar en su debido valor las modificaciones que sufre el cadáver hasta el momento en que se practica la autopsia y las que con motivo de ésta se pueden provocar, antes de llegar á poner los órganos al descubierto. Haase pudo decir: Hay una serie de procesos morbosos en los que los procedimientos habituales de autopsia no nos dan una idea exacta y, sobre todo, que llene las necesidades del clínico acerca de las relaciones topográficas de las alteraciones anatómicas entre sí y con los órganos inmediatos. Desde este punto de vista merece una mención especial el neumotórax que se produce en la cavidad torácica desde el momento en que ésta se abre, por modificarse las condiciones

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

de presión y de tensión que existían en ella; se modifica la posición del diafragma y hasta la del corazón. Además, la posición respectiva del exudado y de la cámara de aire varían, como se comprende, según que el cadáver se encuentre en la posición horizontal ó en la vertical.

En atención á esta necesidad ha surgido la idea de hacer el estudio anatómico por medio de cortes de los cadáveres indurados, y de acuerdo con esta idea está hecho el libro que nos ocupa. El autor no ha estudiado los cortes que presenta desde el punto de vista exclusivo de la anatomía patológica, sino atendiendo más á relacionar los hallazgos de autopsia con los síntomas clínicos y especialmente los resultantes de la exploración física.

La técnica seguida por el autor en la obtención de las preparaciones ha consistido en formolizar los cadáveres á partir de la vena femoral y dar cortes en planos frontales, ó sea verticotrassversales al tórax después de indurado. Los cortes los hacía con la sierra hasta llegar á comprender las costillas, y con el cerebrotomo para las vísceras. Se ha limitado por lo pronto á los cortes frontales para dar uniformidad á su trabajo, y también porque son los que más interesan al médico desde el punto de vista del examen clínico de los enfermos del pecho por la percusión y por la radiografía.

En cada caso expone á grandes rasgos los diagnósticos clínico y anatómico; siguen los cortes por orden desde el esternón hasta la columna vertebral. Las indicaciones no están hechas sobre la fotografía misma, sino sobre un esquema que se encuentra siempre á la izquierda de ella. En algunos casos acompañan radiografías hechas en vida ó tomadas en el cadáver. Los casos expuestos lo están por este orden: Pleuritis exudativa; pleuritis bilateral; exudado pleurítico y esclerosis de las coronarias; empiema, pionesmotórax, hematoneumotórax; neumotórax, tuberculosis crónica; neumotórax; tuberculosis crónica, neumonía caseosa, neumotórax espontáneo; seroneumotórax; neumotórax artificial; gangrena pulmonar; ídem antigua; tuberculosis infantil, lesión primaria; lesión primaria tuberculosa, pericarditis; infección tuberculosa pulmonar é intestinal, pleuritis caseosa; lesión primitiva, pleuropericarditis tuberculosa; tuberculosis infantil, neumonía caseosa; tuberculosis ganglionar generalizada; hábito asténico; cáncer bronquial; tumor mediastínico; cáncer del esófago; cifosis por caries de la columna vertebral; cifoescoliosis; lesión cardíaca congénita, endocarditis séptica; estenosis é insuficiencia mitrales; insuficiencia y estenosis aórticas, estenosis mitral; esclerosis de las coronarias; aneurisma aórtico; aneurisma pulmonar con endoarteritis obliterante.

El libro presente es de gran utilidad para los clínicos por la razón ya indicada de contribuir á hacerles comprender el mecanismo de producción de los síntomas; pero por estar hechas las láminas por medio de fotografías, á pesar de los diseños que acompañan, convendrá que el médico se ejercite en el estudio de algunas piezas naturales antes de estudiar estas reproducciones, pues los libros corrientes de Anatomía hacen concebir ideas algo equivocadas acerca de la posición y relaciones de los órganos del tórax entre sí y en estas condiciones el estudio de la fotografía es difícil

A. FERNANDEZ MARTIN

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Contribución al estudio de la reacción peritoneal específica de Sgambati en la orina, por G. Moreali y G. Margreth.**—Sgambati ha propuesto la reacción cuya técnica sigue, como específica de la peritonitis: A 8-10 c. c. de la orina á examinar, en un tubo de ensayo, se añaden vertiendo gota á gota por la pared del tubo, inclinado, 2 á 3 c. c. de ácido nítrico puro, que cae al fondo por su elevado peso específico; en el contacto de ambos líquidos, si la reacción es positiva, por encima del anillo amarillo-rojizo que se produce en toda orina, se tiene la formación de otro anillo azul gris obscuro más ó menos evidente, según la intensidad de la reacción. Añadiendo después de algunas horas á la misma orina en que la reacción ha resultado positiva 2-3 c. c. de cloroformo y agitando este último se separa en el fondo del tubo coloreado en rosa ó en rojo vivo, ó bien en azul, que después se transforma en rojo. Según Marcialis, el anillo azul obscuro se debe á la presencia en la orina de indican y de otras sustancias análogas y no tiene ningún valor diagnóstico; en cambio el color rojo que adquiere el cloroformo, lo considera específico de peritonitis y supone sea debido á los comunes cromógenos aromáticos y á sus derivados oxidables. Los autores han practicado la reacción de Sgambati en 282 enfermos diversos, subdivididos en: sujetos con peritonitis aguda circunscrita ó generalizada; sujetos con afecciones abdominales agudas (ileoparalítico, ileomecánico, etc.); sujetos sometidos á operación, especialmente á la laparotomía; sujetos en los que se podía excluir en modo absoluto toda participación del peritoneo, afectos de las más variadas enfermedades. Concluyen de sus investigaciones que la indicanuria acompaña constantemente á los casos de reacción de Sgambati positiva. El valor de tal reacción se debe atribuir solamente á su segunda fase, siendo con gran frecuencia positivo el primer tiempo en las más diversas entidades morbosas. La reacción de Sgambati es frecuentemente positiva en casos de peritonitis aguda circunscrita ó generalizada, por lo cual no puede considerarse más que como un buen auxiliar en el diagnóstico y pronóstico de tales afecciones. La reacción de Sgambati puede considerarse, según los autores, como una reacción cromógena que revela la presencia de una sustancia probablemente muy afin al indican, que sigue á veces su curva de eliminación y que sólo con un estudio más completo de cuanto se ha hecho hasta ahora, podrá ser individualizada. (*Revista Ospedaliera*, 15 de Mayo de 1924).—E. LUENGO.

2. **Efectos diuréticos de las orinas de crisis, por el profesor Carnot y F. Rathery.**—En un gran número de enfermedades, después de un período más ó menos largo de oliguria, sobreviene bruscamente una gran descarga urinaria que coincide con la mejoría y aun con la desaparición total de todos los demás síntomas de la enfermedad. Citemos por vía de ejemplo la neumonía, la ictericia catarral, la fiebre tifoidea y las fiebres eruptivas. Otras muchas enfermedades infecciosas que se acompañan de retención acuosa, salina ó ureica, marcan también su terminación favorable por una verdadera debacle urinaria de los cuerpos retenidos. No se trata, pues, del acompañamiento obligado y exclusivo de una infección determinada, sino que dichas crisis representan un proceso reaccional del organismo de naturaleza probablemente humoral. Diuresis análogas es frecuente ob-

servarlas en la declinación del ataque de gota, después del cólico hepático, en ciertas cardiopatías con edemas y en algunas nefritis, así como después de algunas crisis nerviosas y de emociones vivas, sin que la exageración del flujo urinario pueda explicarse por la absorción de alimentos ó bebidas, ni por la retención de agua ó cloruros.

La inyección á determinados animales de los humores procedentes del hombre durante estas crisis han puesto en evidencia el origen humoral de las mismas, las cuales parecen ser debidas á la acción sobre el riñón de ciertas sustancias que desencadenan la poliuria y son eliminadas con la orina.

La inyección del suero sanguíneo no ha producido resultados demostrativos, pero, en cambio, la inyección de las orinas de las crisis ha provocado efectos diuréticos sumamente notables é interesantes. Tanto las orinas de las crisis de la ictericia catarral, como las de las infecciones neumocócicas, como del reumatismo articular agudo y como las procedentes de la crisis de un cardíaco, han aumentado considerablemente la diuresis en el cerdo y en el conejo. La inyección al mismo animal de las orinas emitidas por un mismo sujeto en el momento de la crisis y fuera de la crisis, ha servido para poner en evidencia que la orina de la crisis es la única capaz de provocar la poliuria. La orina de los sujetos en período de crisis provoca, en resumen, en el animal una exageración de la diuresis que se manifiesta sobre el agua, sobre los cloruros y sobre la urea, aunque en proporciones variables y á veces inversas. Esta poliuria es pasajera y cesa rápidamente; por otra parte, no es constante su aparición, habiéndola podido provocar los autores ocho veces, de quince casos ensayados. (*Paris Medical*, núm. 13, 29 de Marzo de 1924)—T. R. Y.

3. **Contribución al estudio de la intradermorreacción de Busacca en la tuberculosis, por Loreto Corrado.**—Busacca ha visto que los individuos tuberculosos reaccionan á la inyección intradérmica del suero de caballo normal, pudiendo establecer un verdadero paralelismo entre lo que sucede con la tuberculina y con esta otra substancia. El autor ha practicado la intradermorreacción de Busacca (inyección de 0,25 c. c. de suero equino normal) en 314 individuos, de los cuales 250 eran tuberculosos. De su experiencia resulta que esta reacción es positiva en el 61 por 100 de los casos examinados y en el 66 por 100 de los tuberculosos. Es mucho más sensible en las formas iniciales (73 por 100 de los predispuestos), sensibilidad que disminuye con el progreso de la enfermedad, hasta llegar á ser negativa en los individuos en el tercer período de la enfermedad. Es pocas veces positiva (28 por 100) en los primeros años de la vida; en los casos examinados por Corrado ha dado solamente resultado positivo en los cuatro individuos de edad inferior á cuatro años que presentaban lesiones tuberculosas desarrolladas. En cuanto al mecanismo de la reacción, ha pensado si podría deberse á un estado de hipertonia del simpático, y para comprobarlo ha inyectado también adrenalina en la zona de enrojecimiento de la intradermorreacción por el suero de caballo; estas experiencias las ha realizado en cobayas. Ha obtenido lo siguiente: el enrojecimiento producido por el suero de caballo es substituído definitivamente por la mancha isquémica que ocasiona la adrenalina, en los cobayas previamente sensibilizados para el mismo suero de caballo. La zona de enrojecimiento es sólo substituída temporalmente por la mancha isquémica de la adrenalina en los cobayas tuberculosos, exactamente igual á lo que sucede con la reacción tuberculínica en los mismos cobayas tuberculosos. (*Revista Ospedaliera*, núm. 22, 30 de Noviembre de 1923).—E. LUENGO

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La clinodigestión vespéral en el régimen de las ptosis gástricas, por el profesor Carnot.**—Una de las mayores dificultades en el tratamiento de las ptosis consiste en el establecimiento de un régimen alimenticio suficiente, pues el ptósico es en general un individuo mal nutrido por el hecho de que va reduciendo progresivamente la cantidad de sus alimentos para evitarse así las molestias que le produce su peso en el estómago. La mala nutrición contribuye á su vez á aumentar la atonía de las paredes gástricas y, por ende, á exagerar la ptosis, con lo cual se establece un verdadero círculo vicioso que es indispensable romper.

Esto no podrá conseguirse más que por una reeducación racional y sistemática, de orden dietético, que fortifique el órgano y le devuelva su tonicidad.

La mejor gimnasia gástrica es la alimentación; pero la absorción de alimentos, estando el enfermo de pie, aumenta el peso del estómago y le estira verticalmente, provocando molestias y trastornos al tirar de los ligamentos, de los vasos y de los plexos nerviosos.

En cambio, estando el enfermo acostado, la ingestión de alimentos no produce alargamiento del órgano ni molestias dolorosas, por lo que será conveniente procurar la digestión gástrica de estos enfermos en esta última posición; si bien de unos casos á otros existen grandes diferencias:

A) En los casos de grandes ptosis con desnutrición intensa, con trastornos de desequilibrio abdominal y con repercusiones nerviosas, el clinostatismo será completo durante un tiempo bastante largo, debiendo permanecer el sujeto en la cama de una manera casi permanente, sin levantarse más que algunas horas escasas. Se establecerá un régimen de realimentación progresiva, principalmente líquido, de ordinario lácteo, y graduado conforme al retorno de la tonicidad gástrica y del peso del cuerpo. Estos datos serán los únicos que permitirán aconsejar al enfermo el momento en que ha de reemprender sus ocupaciones, de un modo parcial y progresivo.

B) En los casos de ptosis mediana con desnutrición también mediana, bastará asegurar la clinodigestión vespéral y nocturna. Estos sujetos se hallan todavía en condiciones de dedicarse á sus ocupaciones con sólo reglamentar su alimentación en forma que se les evite el estiramiento gástrico postprandial, á cuyo efecto podrá dividirse su vida en dos partes:

1.º Durante el día se mantendrán en una fase de actividad más ó menos grande, en ortostatismo, que les permitirá conservar su vida social é influir favorablemente sobre su psiquismo. El enfermo llevará durante esta fase una faja de vientre y hará dos ó tres comidas de pequeño volumen, compuestas exclusivamente de alimentos que atraviesen el píloro con rapidez: pulpa de carne, huevos crudos ó pasados por agua, pastas, azúcar, café, etc.

2.º Durante la tarde y la noche se someterán, por el contrario, estos enfermos á un reposo prolongado, en clinostatismo, y á una alimentación intensiva, que comprenda el óptimum de nutrición útil, pero que no tenga nada de excitante ni de agripnica. Los enfermos se acostarán inmediatamente de terminar la comida de la tarde, y permanecerán acostados, sin interrupción, hasta la mañana siguiente, para hacer en la cama de un modo completo la digestión de la comida vespéral, que será voluminosa y se compondrá de sopas espesas con manteca ó con crema, purés, pastas, legumbres verdes, entremeses, frutas, etc.; sin nada de carne ni café.

Este régimen, sencillo y lógico, es perfectamente soporizado, y admite todas las variantes que exige la diversidad de casos clínicos, permitiendo realimentar rápidamente al ptósico desnutrido y tonificar su pared gástrica, y evitando asimismo las molestias postprandiales causadas por el estimamiento del estómago átono. (*Paris Medical*, núm. 14, 15 de Abril de 1924.)—T. R. Y.

2. La proteínoterapia en las enfermedades mentales, por R. Marmier.—En patología mental, á las concepciones hipocráticas sobre la bilis negra, y á las hipótesis de la irritación y de la inflamación, así como á las teorías reflejas, han venido á substituir otras doctrinas que parecen susceptibles de aplicaciones terapéuticas más prácticas é interesantes; tales son las que consideran como importantes factores etiológicos de las enfermedades de la mente, ora á las infecciones, intoxicaciones y especialmente autointoxicaciones, ora á las perturbaciones de las glándulas de secreción interna y del sistema nervioso de la vida vegetativa, tan estrechamente unidos entre sí, ora, en fin, á las modificaciones humorales que constituyen la anafilaxia de Richet, la coloidoclastia de Vidal y, en general, todos los fenómenos de shock que forman un capítulo tan extenso é importante de la moderna patología.

Diversos investigadores han tratado de poner en evidencia que las crisis comiciales, y los accesos de ansiedad ó de agitación de ciertas psicosis intermitentes, pueden ir en ocasiones precedidos de modificaciones vasculo sanguíneas análogas á las que se observan en el asma y la urticaria, con lo cual no vendrían siendo otra cosa, aquellos accidentes, que la manera de reaccionar el cerebro contra ciertas perturbaciones de orden coloidoclástico, que, según Tinel y Santenoire, no serían susceptibles de manifestarse más que á favor de un desequilibrio vagosimpático reconocible y medible hasta cierto punto, por el estudio del reflejo oculo-cardíaco.

Esta hipótesis ensancha considerablemente el campo de los parentescos mórbidos y ha enriquecido la terapéutica mental con todos aquellos recursos capaces de modificar el desequilibrio vagosimpático de provocar el shock terapéutico.

Tales tentativas llevadas á cabo con diversas sustancias (oro coloidal, peptona, suero de caballo, nucleinato de sosa, vacuna antitífica, hematoterapia y autotransfusión), han sido en ocasiones coronadas por el éxito, como en el caso siguiente que refiere el autor:

Una muchacha de siete años, buena y sana hasta entonces, sufrió en primeros de Enero último una difteria faríngea que curó prontamente con inyecciones de suero bastante fuertes seguidas de algunos accidentes séricos pasajeros: urticaria y artralgias. Allá hacia el 29 ó 30 del mismo mes, se presentó en la enfermita bruscamente un estado de depresión con tristeza, inactividad física, cambio de carácter, crisis de lágrimas, etc. La muchacha no quiere jugar y permanece quieta en un rincón, con la cabeza baja y sin hablar ni una palabra, ni contestar á las preguntas que se la dirigen. Se deja alimentar sin protesta y pasa las noches muy desazonada; este estado dura una semana exactamente, al cabo de la cual desaparecen todos los fenómenos con la misma rapidez que se habían presentado, volviendo la muchacha á sus costumbres normales como si nada la hubiese ocurrido. A los quince días vuelve otra vez el estado de depresión, que empieza con la misma brusquedad que la primera vez, evoluciona de la misma manera y termina idénticamente, al séptimo día. Casi á la misma hora, y separadas por el mismo espacio de quince días, aparecen, con regularidad matemática, hasta cuatro crisis de esta misma

naturaleza. Al manifestarse los primeros fenómenos anunciadores de la quinta crisis, se la administra á la enfermita una inyección de 2 c. c. de lactoproteína que no da lugar á ninguna reacción febril, pero que, en cambio, provoca una detención manifiesta de los síntomas de depresión, los cuales, no sólo no se agravan, sino que desaparecen completamente. La noche que sigue es buena y, al despertar, la niña se encuentra del todo en estado normal. Por precaución se la siguen repitiendo las inyecciones durante una semana y ni entonces ni después ha vuelto á presentarse el menor síntoma de recaída ni de manifestaciones del mismo orden. Se trata de un caso interesante, no sólo por sus resultados terapéuticos rápidos, sino también por la precocidad excepcional del estado de depresión periódica. (*Le Bulletin Médical*, núm. 10, 5-8 de Marzo de 1924.)—T. R. Y.

3. El borato de sosa en la terapéutica gástrica, por Maurice Loeper y R. Turp'n.—Los autores han tenido la idea de substituir el bromuro con el borato de sosa en las dispepsias nerviosas y en las reacciones nerviosas en el curso de los estados gástricos.

Resulta de sus experiencias que el borato de sosa tiene una acción múltiple, tónica, alcalinizante, antiséptica y sedante, que encuentra sus indicaciones, no solamente en los estados gástricos de forma dolorosa sin lesiones orgánicas, sino también en las gastropatías con localizaciones ulcerosas y neoplásicas.

Posología.—El borato de sosa puede ser empleado bajo la forma de baborato ó de tetraborato en solución al 10 por 200, adicionada ó no de una parte igual de glicerina y en la proporción de dos á tres gramos por día.

En las lesiones orgánicas es preferible administrar el medicamento una media hora antes de la ingestión de un alimento cualquiera, en un poco de agua, dos ó tres veces al día.

En los trastornos inorgánicos ó funcionales, sobre todo, en las reacciones cardíacas ó vasculares á distancia, se le puede dar con los alimentos.

Debe ser administrado por periodos de ocho á diez días, suspendiéndole para evitar el hábito y aplicando otra vez las mismas dosis y durante el mismo tiempo. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 29, 8 y 10 de Abril de 1924.)—T. R. Y.

4. Opoterapia apendicular, por el Dr. P. Godin.—El autor viene recomendando desde hace más de diez años á sus operados de apendicitis, con persistencia de trastornos gástricos y generales, la ingestión en las comidas de los apéndices de los animales que sirven habitualmente para la alimentación humana. En general, ha obtenido con ello buenos resultados. También le ha producido el método buenos efectos, aunque menos categóricos, en los niños que tienen el apéndice tocado y no han sido todavía sometidos á la operación.

El autor está persuadido de que el apéndice tiene una influencia notable sobre el funcionamiento glandular y muscular del intestino, sin duda debido á una secreción interna desconocida todavía. Cree también que, si la cocción deja persistir aún en el apéndice alguna virtud terapéutica, su conveniente preparación al modo de las demás glándulas endocrinas llegaría á producir efectos mucho más brillantes y enérgicos. (*Le Médecin Français*, núm. 4, 15 de Enero de 1924.)—T. R. Y.

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan. — La educación sanitaria del país, por el Dr. C. Sáinz de los Terreros. — La Fundación Rockefeller en sus relaciones con España, por el Dr. Martín Salazar. — Relaciones históricas de la Medicina española con la italiana, por el Dr. Nicasio Mariscal. — Remitido. — Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Sedisal. — Sección oficial: Presidencia del Directorio Militar. — Gobernación. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Inauguración importante.

Cómo se escribe la Historia. — Oposiciones terminadas.

El pasado miércoles, con inusitada brillantez, se verificó la inauguración del nuevo pabellón de laboratorio y garaje, que la Brigada provincial de Madrid ha instalado en el recinto del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.

La concurrencia fué tan distinguida como numerosa, presidida por los generales Martínez Anido y Duque de Tetuán, gobernador civil Sr. Peñalver, lucida representación de nuestra Diputación provincial, alcaldes y representantes de los municipios afectos, y el director y funcionarios de Sanidad á quienes más de cerca competen estos asuntos.

Se pronunciaron elocuentes discursos, justamente polarizados en felicitar al Dr. Palanca, organizador y alma de la Brigada provincial, y al general Martínez Anido, cuyo valioso apoyo ha dado forma á esta iniciativa, y á los gobernadores civiles, Duque de Tetuán y D. Ignacio Peñalver, cuya cultura y entusiasmo han coronado de éxito una empresa de tan grande importancia, como breve ha sido el plazo en que el Sr. Palanca la ha realizado.

La premura con que tenemos que cerrar este número, nos obliga á dejar para el próximo la publicación de los beneficiosos servicios que está llamada á desempeñar la Brigada provincial, tal como hoy queda constituida.

Un colega médico (?), sin duda alguna bien intencionado, pero sin menor duda todavía malísimamente enterado, la emprende con Decio Carlan, *seudónimo* bajo el cual se escuda, según el tal colega, una conocida personalidad. Y todo esto porque Decio Carlan dice que no puede juzgar el Reglamento de Sanidad hasta que no se publique, cosa en que el articulista acaba por coincidir explícitamente cuando dice que no se ha publicado, que está siendo objeto de luchas y contiendas en el interior de los despachos ministeriales, que Decio Carlan nunca ha frecuentado, sino muy de tarde en tarde y no para hacerse cargo de cuentos y de chismes, y si alguna vez ha permanecido en ellos ha

sido por propio derecho y no con el modesto papel de centinela (que á otros adjudica el colega), sino con el de inspirador y organizador de campañas que su impugnador actual es el primero en alabar.

Por lo demás, ni es *seudónimo* el que desde hace sesenta años emplea EL SIGLO MEDICO al firmar su boletín de impresión semanal, sino *anagrama*, es decir, palabra que con las mismas letras significa lo que otra cambiándolas de lugar; por eso Decio Carlan quiere decir LA REDACCIÓN y, por tanto, la mayor responsabilidad de ella, claro está, que es del director que en caso de necesitarlo no emplearía *escudos* de tan endeble consistencia, ni nunca los ha empleado, pues todo lo que escribe lo firma con palabras tales, que por muy romo que sea quien las leyere, sabe de sobra de quien se trata. En el mismo número en que se publicaba la *noticia* que tanto ha picado á no sabemos *qué gustador de ajos*, que inspira la innecesaria defensa, hay otro artículo más fundamental y más digno de haber sido tomado en cuenta, y en él con todas sus letras se lee al pie la firma de la persona á quien quiere aludir el colega.

Por otra parte, nosotros no podíamos hacernos eco de esas *heroicas* defensas que el articulista nos cuenta, y que deben haber tenido lugar de *mamparas para adentro*; cuando salgan de *mamparas para afuera*, es decir, á la Gaceta, en donde confiesa esperarlas como nosotros el zahorí que sin conocerlas las interpreta, entonces nos entenderemos; porque si las defensas son reales, sinceras, bien justificadas y no teatrales y buscadoras de ruidosos efectos, tenga por seguro el que las haya llevado á cabo, que no encontrará colaborador más eficaz y decidido que quien viene endurecido en ellas por cincuenta años de lucha y á quien lo mismo le dan los improvisados paladines que los veteranos, con tal de que defiendan la buena causa, que es en este caso, como lo ha sido siempre para EL SIGLO MEDICO, la de los médicos titulares.

Ibamos á dar por terminada esta respuesta, cuando nos viene á mano un *botón* de muestra, de lo bien enterado que está el articulista, sin duda alguna joven, y sin, todavía menor duda, poco celoso de documentarse, cuando afirma que para la *Ins-*

trucción de Sanidad de 1903 y 1904, no se oyeron los Cuerpos consultivos.

Gaceta canta: en el número en que se publicó la *Instrucción* con carácter provisional en Julio de 1903, se invitó por el Ministerio de la Gobernación á todas las Corporaciones *oficiales y privadas* á que remitiesen al Ministerio de la Gobernación, al Consejo de Sanidad y á las Juntas provinciales del ramo todos los informes, dictámenes y opiniones que quisieran y que, con efecto, se recibieron *por centenares*, siendo leídos y estudiados (cosa que no siempre sucede) antes de publicar en Enero de 1904 la *Instrucción* definitiva.

En cuanto al informe del más alto de los Cuerpos consultivos, á que necesariamente debe someterse todo Reglamento orgánico para tener carácter definitivo (trámite que supone nuestro crítico que no se llevó á cabo), bástenos reproducir el siguiente párrafo del preámbulo del Real decreto que dió en 1904 fuerza á la *Instrucción*:

«Las observaciones hechas por el Consejo de Estado acerca de la forma de remuneración de los servicios de Sanidad, á más de tener indiscutible fundamento, son muy dignas de ser atendidas en lo que á los detalles de percepción y distribución se refiere, y han inspirado modificaciones fundamentales que con ellas concuerdan, habiendo sido de igual modo satisfechas debidamente otras advertencias de aquel alto Cuerpo consultivo».

Aprendan, pues, los *críticos incipientes* (como decía Echegaray) á leer y enterarse de las cosas antes de escribir acerca de ellas: ¡lean... lean... lean!, como decía el malogrado Azúa.

Y á propósito: El Sr. de ИН, amigo íntimo de Decio Carlan, y que nos honra con frecuentes *parrafitos*, para nuestros EXCIPIENTES INERTES, nos envió hace tiempo este que no recordamos si ya hemos insertado:

«La vida del hombre estudioso debe dividirse en tres períodos: durante los treinta primeros años, debe *aprender á leer*; de los treinta á los sesenta, debe *reflexionar acerca de lo que ha leído*, y después de los sesenta, si la Providencia le da tiempo para ello, debe *escribir acerca de lo que le enseñaron las lecturas y la experiencia*».

Han terminado las oposiciones verificadas en el Instituto de Alfonso XIII, para la provisión de algunas plazas de químicos y bacteriólogos, vacantes en las Brigadas sanitarias de determinadas provincias.

Los ejercicios han sido muy duros, dado el número y calidad de los opositores, y el resultado, según nos comunican, es el siguiente: Químicos: Cuenca, Sr. Alvarez Ulla; Guadalajara, D. Sergio Caballero. Bacteriólogos: Madrid, D. Guillermo La Rosa; Guadalajara, D. Gabriel Colomo; Alicante, Sr. Moreno; Soria, Sr. Martín; Cuenca, Sr. Bene-

dicto; Granada, D. Antonio Robles; Castellón, señor Mallon; la plaza de Huelva quedó desierta.

La brillantez de los ejercicios ha sido tal, que en algún caso, como el del Sr. Vallejo, el Tribunal, espontánea y unánimemente, propone á la Superioridad su ingreso como supernumerario en la Brigada de Madrid, y aprueba los ejercicios de los Sres. Cerveró, González Germadas, Novillo, Gutiérrez Macías, lamentando no disponer de mayor número de plazas para su provisión. Como se ve, el personal que aspira á los cargos de las diferentes especialidades sanitarias mejora innegablemente, si se compara con certámenes análogos de años anteriores para las inspecciones provinciales, en los que, aun presentándose algunos aspirantes muy competentes, quedaban cargos por proveer. Esto justifica nuestra censura respecto á las *provisiones en masa*, que forman contraste con las exigencias de las actuales.

DECIO CARLAN

LA EDUCACIÓN SANITARIA DEL PAÍS

FOR EL

DR. C. SÁINZ DE LOS TERREROS

En el número 3.683 (12 de Julio) de este veterano y hospitalario SIGLO MÉDICO, aparece un artículo del Dr. Martín Salazar, acerca de «La Escuela Nacional de Sanidad y la educación sanitaria del país». Como puede verse por el epígrafe que encabeza estas líneas, nosotros sólo vamos á recoger y comentar algo de lo que se dice en lo referente á la segunda parte del título del mencionado artículo, dejando la primera para quien esté llamado á ello.

Afirma el Dr. Martín Salazar: «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». No es sólo que tenga razón con este alegato el ilustre exdirector de Sanidad; es que en el contenido del mismo, en lo que entraña, están la base y fundamento de la reorganización sanitaria del pueblo español. Como tantos otros, es un problema de cultura y ésta es inútil pretender inculcarla á los que ya la poseen ó, por fueros de edad, debieran tenerla. Los frutos que produjera serían casi nulos, sobre todo en el incesante renovar de hombres que el tiempo hace. No hay otro remedio que ir más al fondo del asunto, que *trabajar el material transformable en hombre el día de mañana*, y este no es otro que el niño. La frase de Leibnitz—citada en el artículo que comentamos,—es absolutamente cierta, y en este aspecto se la podría parangonar diciendo: *instruido en higiene, en educación sanitaria, al niño de dos generaciones, y la Sanidad del país aparecerá totalmente transformada en sentido beneficioso*.

Los que por nuestras aficiones y cargos estamos en la obligación de actuar en ese sentido, ya hemos acudido innumerables veces á los que pueden y deben disponer, y hemos publicado en diversas ocasiones y sitios apelaciones con, á nuestro juicio, remedios positivos para el mal; es decir, para corregir esa ausencia de educación higiénica y sanitaria que se nota en nuestras escuelas y que es el principal factor de la incompreensión del problema, para los que el día de mañana han de regir los destinos del país.

Es indispensable que una *acción médico-escolar* (llámese inspección ó como se quiera) se *extienda á todas las escuelas de España*. En un trabajo (1) que presentamos (en colaboración) al Primer Congreso Nacional de Medicina proponíamos, como solución, que se hiciera anejo al cargo de médico titular el de inspector médico-escolar de la ó las escuelas que existan en su partido, compensando ese aumento de trabajo con algún sobresueldo ó gratificación, que no sería difícil conseguir, sobre todo si pasan dichos médicos al servicio del Estado, como es aspiración unánime de la clase. De esta manera, automáticamente, quedaría implantada la inspección higiénica y el camino para la educación sanitaria en todos los centros escolares del país.

Y si la semilla resultaba estéril en algunos terrenos, en otros fructificaría y el éxito no se tardaría en recoger.

Es muy extraña la coincidencia de que sean los países en los que no existe ó es á todas luces insuficiente esa inspección higiénica de las escuelas y falta la educación sanitaria de los niños, en los que la morbosidad y la mortalidad alcanzan sus cifras mayores: tal sucede, por ejemplo, con Turquía, Bulgaria, Rusia, Portugal y España (desgraciadamente) entre las naciones europeas.

Las enseñanzas de higiene que se procuran en el taller, en la fábrica, en los cuarteles, etc., no son más que paliativos del mal: la masa está ya demasiado hecha para ser moldeada. Es preciso desengañarse; la educación sanitaria hay que darla é inculcarla en la Escuela.

La Fundación Rockefeller en sus relaciones con España.

No creo que haya hoy en el mundo una fundación particular de más poderoso alcance en bien de la humanidad, que la Institución Rockefeller, consagrada á favorecer el mejoramiento de la salud pública, sin distinción alguna, en todos los países.

En el periódico inglés *The Lancet*, ha aparecido un análisis de la obra realizada por dicha Institución, usando los cuantiosos recursos materiales con que cuenta, y pasma verdaderamente ver todo el bien que ha ejecutado en muy poco tiempo.

En Honduras, Méjico, Guatemala y el Ecuador ha realizado una campaña brillantísima contra la fiebre

amarilla; y en un mapa muy expresivo, señala la enorme disminución del vómito negro en el hemisferio occidental, desde 1900 á 1922. Al mismo tiempo expresa los resultados extraordinarios obtenidos contra el paludismo en América y fuera de América, particularmente en Italia, donde la malaria juega un papel tan importante en la vida, la salud y la economía de la nación. También anota la campaña emprendida en Francia contra la tuberculosis desde 1917; y baste decir que de 421 dispensarios antituberculosos que tenía Francia á fin de 1922, 301 fueron creados por la iniciativa y la cooperación de la Fundación Rockefeller. Expone los resultados satisfactorios ya obtenidos, y las medidas complementarias tomadas para suprimir la anquilostomiasis en el Paraguay, las Indias Occidentales, la América Central y el Extremo Oriente. Además, relata los grandes subsidios que la Fundación ha destinado á ayudar las obras higiénicas de toda América, singularmente del Brasil, donde últimamente ha creado á sus expensas un servicio notable de enfermeras sanitarias.

Entre los más felices esfuerzos hechos por la Institución Rockefeller merece señalarse la creación y desarrollo de Laboratorios de higiene pública en muchos puntos del hemisferio occidental, y su cooperación con la Liga de las Naciones para vigorizar la lucha contra todas las enfermedades infecciosas. A más de eso, ha ayudado al progreso de la enseñanza de la higiene, creando las escuelas de salud pública de Johns-Hopkins, Harvard, y los Institutos de higiene de San Paulo, en el Brasil, el de Praga, el de Varsovia, y merece singular mención la subvención de 2.000.000 de dólares dados á la Escuela de Higiene de Londres.

Por último, como el Consejo de la Fundación cree que á más de proporcionar fondos para la realización de obras de sanidad, es preciso contribuir á la formación de preclaros higienistas, ha fundado 79 Bolsas de Trabajo, espléndidamente dotadas, distribuidas entre personas elegidas en 19 diferentes países, hombres y mujeres, con el fin de que se dediquen á trabajos originales y hagan progresar la ciencia sanitaria en sus respectivas naciones.

Como se ve por lo dicho, en toda esta obra generosa, colosal, de la Fundación Rockefeller, de la cual han participado y gozado ya tantos países de Europa y América, nadie, absolutamente nadie, se ha acordado de España, excepción de una pequeña indicación hecha para el estudio de la anquilostomiasis en nuestro territorio, que no merece la pena. Por eso creo yo, que acaso sea llegado el momento de pedir, delicadamente, algo en nuestro favor. A este fin he pensado que por iniciativa de la Real Academia Nacional de Medicina y por intermedio de la Sociedad de las Naciones, en cuyo Comité técnico sanitario tiene España como digno representante al Dr. Pittaluga, se solicite por nuestro Gobierno la cooperación y ayuda de la Institución Rockefeller en la resolución de un problema concreto de nuestra sanidad pública, que podía ser, por ejemplo, el de la defensa contra la fiebre tifoidea, que da entre nosotros una gran morbosidad y mortalidad

(1) "La carpeta escolar", 1919 (Madrid).



anuales, y que está desapareciendo de todos aquellos pueblos en los que se ha emprendido con fervor la tarea de la purificación de las aguas potables, el establecimiento de alcantarillas, la vigilancia de los alimentos que pueda transmitir el mal, el aislamiento de los enfermos, la vacunación antitífica y el cuidado de los portadores de gérmenes.

Un auxilio económico de la Fundación Rockefeller á aquellas de nuestras poblaciones (prefiriendo las grandes ciudades) que emprendieran su reforma sanitaria en este sentido, podría contribuir extraordinariamente al mejoramiento de nuestra salud pública en poco tiempo.

Yo me propongo aprovechar la primera ocasión oportuna, para solicitar de la Real Academia Nacional de Medicina tome la iniciativa para conseguir del Gobierno escuche esta demanda y haga todo lo que sea posible para alcanzar de la Fundación Rockefeller fije su atención en España, como ya lo ha hecho muy generosamente en Francia y en Inglaterra, menos necesitadas por cierto de este linaje de auxilios.

DR. MARTÍN SALAZAR

Relaciones históricas de la Medicina española con la italiana ⁽¹⁾

POR EL

DR. NICASIO MARISCAL

V

No fué escaso tampoco el número de sabios médicos de procedencia italiana que vinieron á España á devolvernos en justa reciprocidad el inestimable obsequio que representó durante siglos la copiosa doctrina que de nuestra península les llegara, y uno de los primeros de quienes se tiene noticia fué un personaje singular al que pocos conocen como médico, enmascarada su personalidad científica por sus grandes cualidades de diplomático y guerrero. Me refiero á aquel famoso Juan de Prócida (el *Ivan de Proxida* de nuestros viejos cronistas), que recogió en la plaza del Carmen de Nápoles el guante del infortunado Conradino y lo trajo á nuestro D. Pedro de Aragón para que vengase aquel crimen inicuo del *crudele possessore* «dal maschio naso», como cantó Dante Alighieri refiriéndose al asesino de Conrado de Suabia.

Discípulo señalado de la famosa Escuela de Salerno, su patria, y médico del emperador Federico II y de su hijo el rey Manfredo de Sicilia, suegro de don Pedro III el Grande, considerado por sus compatriotas como *il ingegno più eminente, lo spirito più avveduto e più scaltro de' tempi suoi* (2), Juan de Prócida escribió varios libros de medicina y de filosofía moral, y hasta fué el inventor de un emplasto, que lleva todavía su nombre, y al cual se le atribuyen propiedades míficas. Sus descendientes continuaron en España honra-

dos y protegidos por los reyes sucesores de D. Pedro, el *Epico*, según le apellidó Castelar, y todavía, cerca de tres siglos después, el rey D. Felipe II concedió á uno de ellos el título de marqués.

Digno es de nota, asimismo, el médico milanés D. Luis Marliano, el cual vino á España como arquiatro del rey D. Felipe I, el *Hermoso*. Andando el tiempo fué médico de cámara, también, del emperador Carlos V, hijo del primero de los Felipes, y, al igual de la Santa Agueda del cantar aragonés, habiendo quedado viudo, aunque con varios hijos, acabó siendo obispo de Tuy y de Ciudad Rodrigo (1). Se discutió mucho su actuación cuando la última enfermedad del idolatrado esposo de la pobre reina doña Juana, cuyo desenlace no pudo ser más funesto; pero se le debe la vindicación de la conducta de los médicos españoles, á quienes el rumor público acusaba de que habían envenenado al yerno de los Reyes Católicos. «Algunos tuvieron sospecha que le dieron yerbas», declara el P. Mariana (2), y el cronista aragonés, Jerónimo Zurita, razona que «considerando las cosas que habían precedido y la naturaleza de la dolencia, que le acabó la vida tan arrebatadamente, no se dexó de tener alguna sospecha que le huviessen dado ponzoña: pero desta opinión salieron los mismos Flamencos sus seruidores, en cuyo poder estaua: porque los physicos que el traya, de quien confiava su salud, que curaron de su dolencia, y entre ellos Ludouico Marliano Milanes, que era vn muy graue, y doto varon, y tan acepto al Rey, que no solamente tenia el principal lugar en la cuenta de su salud, pero era admitido en cosas importantes que se offrecian del estado, como vno de su consejo, que despues fue Obispo de Tuy, descubrieron la causa de su enfermedad: y se entendio auerle sobreuenido de demasiado exercicio: y de vna reuma de donde se encendio la fiebre, de que muchos morian en el mismo tiempo en aquella ciudad» (Burgos) (3). Todo esto que dice Zurita refiriéndose á las causas ó los motivos de la enfermedad que arrebató á don Felipe el *Hermoso*, dada la extraña etiología de la época, no obsta para que tanto él como el P. Mariana afirmen categóricamente pocos renglones antes, que murió de una fiebre pestilencial. La conducta de Luis ó Ludouico Marliano no pudo ser más honrada.

Pero aún tiene este médico italiano una circunstancia en su vida tan digna de ser recordada como poco conocida. Siendo médico del rey Carlos I (aún no se había ceñido la corona imperial) ideó el famoso emblema de las columnas de Hércules con la leyenda enmendada de *Plus ultra* para los sellos, monedas y bla-

(1) El cantar á que aludo, en toscó lenguaje de la tierra, es como sigue:

«¡Oh gloriosa Santa Agueda!
Juisteis esposa de Cristo;
juisteis virgen, juisteis mártir
y después juisteis obispo.»

(2) P. JUAN DE MARIANA: *Historia general de España*; libro XXVIII, cap. XXIII.—MADRID, 1828.

(3) GERONIMO ZURITA: *Los cinco libros postreros de la historia del rey Don Hernando el Católico*; libro VII; *De la muerte del Rey don Felipe*, etc.—ZARAGOZA, MDCC.

(1) Véase el número 3,682.

(2) «El ingenio más eminente, el espíritu más perspicaz y más astuto de su tiempo.»

sones del rey. Agradeció tanto D. Carlos el que ha llegado á ser obligado y legendario mote de las armas de España, que cuando le hizo obispo de Tuy, al darle gracias Marliano por tan singular merced, le replicó: «Más os daré, que merece mucho el *Plus ultra* que me disteis». A un médico es debida, pues, esa arrogante cifra que decora más que el escudo la gloriosa historia de nuestra nación.

Aunque como español lo hemos considerado en un trabajo nuestro, y de familia española procedía indudablemente, el Dr. Juan Tomás Porcell, el héroe de Zaragoza, había nacido en Caller—el Cagliari de los italianos y de los franceses—ciudad, como es sabido, perteneciente á la isla de Cerdeña, que forma parte del reino de Italia. Muy joven todavía vino á España, y aquí hizo sus estudios, en la famosa Universidad de Salamanca, donde fué discípulo del celebrado Dr. Alderete. Ejerció la Medicina en otra ciudad española, la siempre heroica Zaragoza, y allí inmortalizó su nombre, por la valentía conque combatió la mortífera peste, que castigó á los infortunados habitantes de la expresada ciudad durante gran parte del año 1564; por la intrépida resolución que tomó de abrir los cadáveres de los apestados, para estudiar en sus vísceras las causas y los efectos de tan terrible mal, siendo el primero que se atrevió á acometer tan ardua y peligrosa empresa, y, últimamente, por el mérito que contrajo escribiendo y publicando un curioso libro en que compendia todos sus estudios y observaciones acerca de la terrible noxa, y el que dirigió «A LA S. C. R. M. DEL POTENTÍSIMO Y INVICTÍSIMO Monarca don Philippe, etcétera»—son sus palabras—II de Castilla y I de Aragón, al cual lo entregó en propias manos, un antepasado del célebre ministro de Carlos III, Conde de Aranda, el M. I. Sr. D. Bernardo de Bolea, vicescanciller de los reinos y corona de Aragón y presidente del sacro y supremo consejo de S. M.

El prócer aragonés cumplió como bueno, demostrando al cooperar con la presentación del libro al poderoso *Hispaniarum Rex, Novique Orbis*, en el honor que se hacía al modesto titular del Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia, de Zaragoza, su buena voluntad y la sencillez de su trato, peculiar, tales sabido, de los aragoneses de buena cepa y cualidades de tales, porque también los hay entre ellos bien infatuados y vanos. El que no sabemos si cumplió de alguna manera con el pobre Dr. Porcell, fué el monarca de ambos mundos.

Por los años de 1570, el valiente médico sardo, era catedrático de la primitiva Universidad de Zaragoza, donde debió de sorprenderle la muerte antes de el de 1583, según he tratado de puntualizar y demostrar en el aludido trabajo que consagré á Porcell en 1914.

Por esos mismos años era protomédico español del reino de Sicilia é islas adyacentes un ilustre médico palermitano, Juan Ingrassias, célebre anatómico que descubrió el huesecillo del oído llamado estribo y á quien se debe la mejor descripción que existe del esfenoides. Tanto en Nápoles, donde estuvo al servicio de

nuestros virreyes, como en Sicilia, donde fué investido por el rey Felipe II con el alto cargo expresado, contribuyó con sus obras, disposiciones y enseñanzas al progreso de la Medicina; combatió con tanto éxito la peste que asoló á Palermo en 1575 y 76, que el Senado de su ciudad natal le concedió, con una gruesa suma en metálico, honores extraordinarios, y las gentes dieron en llamarle «el Hipócrates siciliano». Una de sus más curiosas disposiciones como protomédico general del reino, fué la de prohibir el ejercicio de la Medicina á aquéllos cuya incapacidad fuese notoria. Cómo echamos de menos hoy á tan ejemplares protomédicos.

Nicolás Bocangelino, aunque nacido en Madrid, era hijo de padres genoveses, y en el mismo caso se hallaban Niolo, Rotundis y el culto escritor médico valenciano D. Mariano Pizzi y Franceschi, todos los cuales eran de procedencia italiana.

A Bocangelino, que llegó á ser médico de Cámara del rey D. Felipe III y de su abuela la emperatriz de Alemania doña María de Austria, hija de Carlos V, que tornó á España después de quedar viuda de Maximiliano II y se retiró á las Descalzas Reales, se le debe un notable libro sobre «Las enfermedades malignas y pestilentes», que dirigió á la monja descalza doña Margarita de Austria, hija de la emperatriz doña María y del emperador Maximiliano, su marido. Es obra que descuella, sobre todo, por lo bien escrita que está, y principalmente la dedicatoria á la infanta monja, es una página que revela gran ingenio y discreción en su autor.

Interesantes son todos los capítulos de la notable por más de un concepto obra de Bocangelino, pero el capítulo XXXV que trata «del orden y regimiento que se tuvo en cierta ciudad de Italia en una constitución pestilente», tiene atisbos y anticipaciones verdaderamente geniales. Se disculpa, al empezar lo que considera conveniente exponer acerca de lo ocurrido en Udine, ciudad sujeta á la señoría de Venecia, «en cierta constitución pestilente que hubo», y de lo que debió de tener noticia en alguno de sus viajes por la patria de sus progenitores, diciendo que, «aunque con lo que acerca desto han escrito doctísimamente las Universidades destos Reynos, y el sapientísimo Doctor Luis de Mercado, Medico de Camara de su Magestad, y su Protomedico general, parece se pudiera escusar este capítulo: con todo esso, para cumplimiento deste tratado me pareció poner aquí un traslado de lo que se decretó en la ciudad de Udine, etc.». Y en efecto, es curioso, curiosísimo, cuanto en dicho capítulo se consigna acerca de los medios profilácticos individuales y generales para detener la marcha de toda enfermedad pestilencial; y al lado de actos de piedad que ya recomendaban, según él, el papa Pelagio II y San Gregorio Magno, cuyo Pontificado se remonta á la segunda mitad del siglo VI de nuestra era, se leen cosas tan del día como la combustión en cámaras cerradas del azufre, que él designa con el nombre, vulgar en España entonces y de clara etimología árabe, de *alcrebite*: un aparato Clayton primitivo, y como el primer vestigio ó

rudimento que hemos hallado en nuestras lecturas de la estufa de desinfección, el cual consistía en «vn horno al que despues de auerle quitado el fuego, esperauan que tuviesse tanto calor, que sin hazer daño á la ropa, pudiesse consumir el contagio que tenia». Boscangelino advierte que este procedimiento desinfectante ó mundificante, cual entonces se decía, se había usado ya en la peste de Cerdeña, patria de Porcell. Nació, por lo tanto, en Italia, aunque Cerdeña era por esos siglos una provincia española.

(Concluirá.)

REMITIDO

Con mucho gusto publicamos el escrito que nos envía el Sr. Naveda, presidente de la Federación Universitaria Hispano Americana:

Conformes é identificados.

En el último número de EL SIGLO MEDICO leo con viva satisfacción el comentario magnífico y oportuno que hace Decio Carlan, sobre la significación y alcance que pudiera tener el título de una nueva entidad profesional con sede en París y que se llama Unión Médica Francesa Ibero-Americana.

Como hispano-americano, primero, y segundo, como estudiante de Medicina, me interesa vivamente este asunto, ya que, por lo visto, esta nueva agrupación tiende á estrechar los lazos entre los profesionales médicos franceses y los profesionales médicos españoles é hispano-americanos. Ignoro quiénes sean los miembros de esta nueva institución; pero sean quienes fueren, la Unión Médica Francesa Ibero-Americana no llenará el fin principal para que ha sido creada—ó lo hará muy difícilmente,—mientras subsistan las malezas que obstruyen el camino de la verdadera unión.

He aquí un hecho elocuentísimo que habla por parte de los unionistas franceses: el estudiante hispano-americano que ha hecho sus estudios en España, puede ejercer libremente su profesión en territorio español sin trabas de ninguna clase; en tanto que si hace sus estudios en Francia, á pesar de todos los requisitos, y á pesar del novísimo *parentesco* que ellos proclaman, ni el español ni el hispano-americano pueden ejercer en territorio francés; en tanto que éste, encuentra siempre generosa é hidalga acogida, y ejerce cómodamente en cualquier latitud donde se hable castellano.

¿Es por este camino por donde los franceses quieren llegar á la Unión Franco-Ibero-Americana?

Francia y con Francia todas las naciones de Europa, ¿no creen que la Hispanoamérica de hoy es profundamente distinta de la de hace treinta ó cuarenta años?

Cuando haga falta volveré sobre estos ó parecidos temas, sin prejuicios y sin pasiones, y apuntando, eso sí, algunos hechos que hablan, que prueban, que convencen.

CÉSAR A. NAVEDA.

Julio, 15 de 1924.

Acerca de esta cuestión interesantísima, siquiera nosotros la planteáramos de modo festivo en nuestro número anterior, hemos hablado con respetables personalidades representativas en el mundo docente y en el científico en general, y todos se hallan de acuerdo en que: «una cosa es el concepto LATINO europeo, como lazo de fraternidad y de progreso, y otra cosa la acción de continuidad Hispano-Americana, que con independencia á toda otra, esgrime como arma de progreso la comunidad del habla castellana

y tiene por fundamento histórico la confusión generosa de la sangre».

C.

Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

La SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE, hábilmente encabezada y dirigida hace veintiséis años por el experto y ecuaníme ex inspector general de la Armada Dr. D. Angel Fernández Caro, dió comienzo á sus tareas, poniendo en su primera sesión ordinaria á la orden del día la comunicación «Higiene de Madrid», en el curso anterior presentada y leída por el Dr. Soriano, examinando y comentando con gran competencia los múltiples aspectos que desde el punto de vista higiénico merecen la pena de ser estudiados y atendidos, si la gran urbe ha de quitarse de encima el dictorio de *ciudad de la muerte*, y entre los que la admiran y quieren se aspira á que ocupe el lugar que en justicia la corresponde por su importancia mundial y por su inmejorable emplazamiento topográfico. Los Sres. Lasbennes, Franco Martínez y Espina, asociando su esfuerzo al loable intento, discuten éste en su totalidad, apuntando discretas y oportunas consideraciones, que el Sr. Soriano contrapesa y promete tener en cuenta; interviniendo también repetidamente en la discusión del articulado con los Sres. Peña Villarejo, Olea, Yagüe, Decref, señorita Soriano y Mariscal, que protesta de las frecuentes tropelías de los automóviles y de la inmorality de consentir la formación de Compañías aseguradoras contra estos riesgos. El arquitecto señor Jalvo ilustra el tema en la parte que al alcantarillado y sistema de evacuación de materias residuales se refiere, y á sus aseveraciones oponen algunos reparos los Sres. Conde de Pinofiel, Decref, Soriano, Lasbennes, Mariscal, Olea, Franco Martínez y Cort.

Intercala á este tema el Sr. Yagüe el de «Los chupadores infantiles», cuyo uso anatematiza y pide sea suprimido, y en su discusión intervienen, emitiendo muy encontradas opiniones, los Sres. Olea, Vázquez Lefort, Franco Martínez, Decref, Soriano, Villarejo, señorita Soriano y Mariscal.

El Sr. Cort diserta extensamente acerca del saneamiento de poblaciones y viviendas, que la señorita Soriano combate.

Denuncia el Sr. Jalvo detalladamente las mil transgresiones higiénicas en teatros, cafés, cines, bares y tabernas á diario cometidas, así como por los vendedores ambulantes, proponiendo para evitarlas la creación de un Cuerpo de inspectores especializados en la corrección de los desmanes higiénicos, y en su discusión intervienen los Sres. Yagüe, Franco Martínez, señorita Soriano, Olea y Mariscal.

Se lee una instancia en que varios vecinos á los cementerios de la Patriarcal y San Martín, piden su pronta y radical desaparición, y para dictaminar acerca de ella, se designa una Comisión integrada por los Sres. Cort, Soriano, Franco Martínez y Olea, que pasados unos días leen un luminoso dictamen detenidamente discutido por todos los socios, y por los Sres. Carnicer, Gil Delgado, Afrodisio y otros ajenos á ellas, acordando al final contestar á propuesta del presidente, que para la higiene no hay peligro alguno en que los citados cementerios, después de tantos años clausurados, continúen ó desaparezcan.

El Sr. Peña Villarejo lee una comunicación titulada «La escuela en los hospitales», por los Sres. Decref, Yagüe, señorita Soriano, Olea y Basconiana discutida, y por la presidencia celebrada y aplaudida como sembradora de ideas.

El Sr. Basconiana llama la atención de la Sociedad hacia

el rótulo «Recreos infantiles eugénicos», con que un industrial desaprensivo ha bautizado un establecimiento, por si en sus funciones hubiera algo de anormal.

De nuevo se vuelve al tema «Higiene de Madrid», cuyas conclusiones, ya por nuestros lectores conocidas, sin interrupción son discutidas y aprobadas; y sobre la mesa queda para ser, en el curso próximo, discutida la comunicación a última hora presentada acerca de la «Higiene del obrero tipógrafo»; declarándose terminadas las tareas del presente.

Gran atracción y simpatía despertó en nosotros siempre la benemérita SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE por los ostensibles servicios que presta a las modernas orientaciones profilácticas, a la higiene privada y pública y a las candentes cuestiones sociales, la mayor parte de las veces reducidas a un simple problema de humanidad e higiene; y de aplaudir son el ordenado y perseverante funcionamiento con que la pericia del presidente Sr. Fernández Caro acierta a sostener el interés de las discusiones, no presenciadas en totalidad este año por la indisposición de que por algún tiempo se halló afecto, y en cuyo transcurso fué dignamente sustituido por el Sr. Mariscal, acreedor a su vez a nuestro aplauso por la medida y discreción de que dió relevantes pruebas; no siendo menos dignos de los antes citados señores y la señorita Soriano que a su cargo han tomado el sostener el fuego sacro sin su concurso en riesgo de extinguirse; porque aparte el mayor contingente por los académicos de la Real de Medicina Sres. Fernández Caro, Espina, Mariscal, Decref y Olea prestado, y los Sres. Soriano, padre e hija, Franco Martínez, Lasbennes, Yagüe, Villarejo, Bascoñana, etc., a otras Sociedades afectos, los demás brillaron por sus ausencias, considerando, sin duda, de escasa importancia los trascendentísimos asuntos a que no tienen inconveniente sumarse personalidades tan distanciadas de las Ciencias médicas como los distinguidos arquitectos Sres. Jalvo y Cort, aristócratas tan significados y conocidos como el conde de Pinofiel, y representantes de la Iglesia como el Padre Redondo, y otros, que en vano pretenden llevarlos al buen camino con su ejemplo.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA, presidida por el Dr. Bourkaib.

A partir del 30 de Enero en que el Dr. D. Enrique Isla, socio de honor, tras un magistral y bien documentado discurso, fiel reflejo de la historia retrospectiva de la Sociedad, a cuyos socios con frase cálida estimulaba a conservar y acrecentar sus prestigios, y la lectura del reglamentario a la inauguración por el Sr. Carazo Altozano intitulado «Importancia de las Gotas de Leche y Consultas de Puericultura en la disminución de la mortalidad infantil y en el engrandecimiento de la raza», aquél declaró inaugurado el curso; la Sociedad, una vez elegida su Junta directiva, celebró unas cuantas sesiones en que por el orden que se enumeran fueron expuestas y discutidas las cuestiones que se citan a continuación.

Explana el Sr. Luque el tema «El parto sin dolor», hablando de los diferentes anestésicos a tal fin empleados, y fijándose principalmente en el «Niketol» de que cree han de obtenerse beneficiosos resultados; que el Sr. Sánchez (D. Arcadio) avalora e ilustra con sus personales experiencias.

Se ocupa el Sr. Aleixandre de la «Asfixia blanca del recién nacido», las causas que a ella dan lugar y los medios de evitarla; y con lo dicho y propuesto, el Sr. Torre Blanco se muestra conforme.

El Sr. Luque da cuenta de un caso de «Quiete bidadídico

pediculado del lóbulo izquierdo del hígado, movable por todo el vientre y con el que coincidía acentuado prolapsio uterino» a la par del quiste operado con éxito.

Eucarifiado el Sr. Sánchez (D. Arcadio) con el tema «El parto sin dolor» hace del Niketol y sus efectos un caluroso y entusiasta panegírico; y el Sr. Torre Blanco interviene en el asunto, haciendo saber ensaya en Maternidad al mismo fin el «Somnifeno».

Habla el Sr. López Dóriga de «La urotropina en Ginecología», y a las ventajas que asegura acarrear oponen distinguidos y reparos los Sres. Macau, Haro, Luque, Torre Blanco, Botella y Aleixandre.

El Sr. Sánchez (A.) hace una comunicación a propósito de las «Frecuentes distocias uterinas» y medios prácticos conducentes a delimitarlas y corregirlas.

El Sr. Torre Blanco da a conocer el procedimiento de «Crioterapia uterina», puesta en práctica en Maternidad.

Y, por último, el Sr. Larrú presenta unos cuantos clichés en demostración de las ventajas del «Radiodiagnóstico del embarazo con el empleo del autodifusor Potter Boucky», cuyo ensayo le invita a repetir en Maternidad el Sr. Bourkaib.

Esto fué cuanto dieron de sí las efímeras relaciones por esta Sociedad sostenidas con el público en el pasado curso, que si tarde comenzó sus tareas, prematura e inólitamente las dejó interrumpidas, produciendo una gran decepción entre los aficionados que no pueden explicarse el por qué de tal incongruencia y de no comparecer a pesar de los repetidos anuncios en la prensa, poniendo así innecesariamente en evidencia la seriedad de su honorable presidente, y no rindiendo la labor de que es susceptible el brillante plantel de jóvenes especializados a quienes con interés y gusto creciente siempre se escucha.

¿Persistirá en lo sucesivo desvío tan inexplicable?...

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA. A cuál más notables fueron las conferencias por el incansable Dr. Arquellada organizadas los jueves en el Colegio Médico, y de ellas dimos a su tiempo detenida cuenta; limitándonos hoy a recordarlas a guisa de índice, por requerirlo así el loable propósito que nos impulsa.

A cargo del Sr. Hinojar (D. Adolfo) estuvo la primera, a que con el carácter de redactor de esta revista asistimos, pudiendo una vez más apreciar su gran competencia en el desarrollo del tema prefijado «Estenosis de las vías aéreas del niño».

Siguió a ésta la documentada y utilísima del Sr. Muñoz Seca a propósito de «Las amigdalitis y laringitis no diftericas en los niños».

Vino a continuación la eminentemente práctica e instructiva del Sr. Tapia, que por delante envió el surtido muestrario de «Los cuerpos extraños en el aparato respiratorio del niño» con especial interés recogidos y coleccionados.

Disertó el Sr. Tena Sicilia sobre la «Neumonía infantil» a que aportó gran acúmulo de datos.

Lo propio hizo el Sr. Vidal Jordana acerca de «La bronquitis aguda en la infancia».

Diseñó el Sr. Romeo de mano maestra las «Formas clínicas de la neumonía infantil».

Y el Sr. Bravo Frias desenvolvió minuciosamente el complicado tema «Etiología, anatomía patológica y tratamiento seroterápico de las neumonías y pleuroneumonías infantiles», con que se dió por terminado el ciclo de conferencias que con su presencia honró numeroso y selecto público.

De las sesiones clínicas celebradas durante el transcurso del año en el Hospital del Niño Jesús, nada podemos decir por no haber atendido á este servicio en forma conveniente, pero dispuestos nos hallamos á subsanar esta deficiencia en lo sucesivo, convencidos como estamos del eficaz concurso que la Sociedad de Pediatría aporta al progreso de la Ciencia y por estimar aquellas muy dignas de ser divulgadas y conocidas.

SOCIEDAD DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA, presidida por el Dr. D. José Sánchez Covisa.

El Sr. García Casal presenta á un joven afecto de «Serpiginismo venéreo en el surco balano-prepucial» curado por la tuberculina, á que los Sres. Sicilia y Sánchez Covisa hacen algunas observaciones.

Historia el Sr. Criado el caso de una «Sífilis de veinte años con lesiones gomosas de la nariz», en que unas inyecciones de quimbo produjeron hemorragias, y á él aportan el contingente de sus experiencias los Sres. Sicilia, Sáinz de Aja, Portilla, Navarro Martín, Casal, Bejarano y Sánchez Covisa.

El Sr. Bejarano se ocupa de la «Vacunoterapia endovenosa».

Presenta un caso de «Sífilide papulo-escamosa», tratado por el eparseno en inyecciones el Sr. Portilla, y á él hacen objeciones los Sres. Bejarano, Sicilia, Criado y Sáinz de Aja.

El Sr. Navarro Martín da cuenta de las experiencias hechas para la preparación del «Virus treponema», que el señor Sicilia aplaude.

El Sr. Sáinz de Aja cita algunos casos de «Granuloma anular con lesiones típicas en las manos», «Quirodermia plantar», «Psoriasis poco rojos», «Eritemas nudosos reumáticos», «Esclerosis de los cuerpos cavernosos» y «Blenorragias», favorablemente influenciadas por el salicilato sódico por vía bucal, á los cuales oponen reparos los Sres. Sáinz de Grado y Sicilia.

«La tuberculosis de la piel en todos sus aspectos» da al Sr. Sicilia motivo para una extensa disertación.

El Sr. Sánchez Covisa da á conocer los «Medios y técnica que emplea para provocar la reactivación», y con ellos se muestra conforme el Sr. Sáinz de Aja.

El Sr. Barrio Medina encomia los resultados obtenidos en la «Tña pelada con la lámpara de cuarzo», aduciendo á su discusión juiciosas reflexiones y oportunos recuerdos los Sres. Sáinz de Aja, Sicilia y Sánchez Covisa.

Da cuenta el Sr. García Casal de la «Reacción postneosalvarsánica», en un caso de chancro al neosalvarsán sometido, y acerca de él emiten su parecer los Sres. Sáinz de Aja, Bejarano, Sicilia, Portilla y Llorente.

Se ocupa el Sr. Sicilia de las «Terapéuticas activas de las alopecias petaloideas y dehiscencias de estos anejos», contrastadas en clínica... y de nada más pudimos apercibirnos ni tomar oportuna nota, porque unas veces por coincidir en su exhibición con alguna otra Sociedad de las que actúan en el Colegio Médico, y las restantes por celebrarse en el Hospital de San Juan de Dios, es lo cierto que nuestra intervención adoleció de intermitencias que es nuestro deseo no perduren en lo sucesivo.

El alto concepto y consideración personal en que, profesionales y no profesionales, al presidente Dr. D. José Sánchez Covisa con tanta justicia tenemos; el trabajo asiduo y contrastado á que todos y cada uno de los entusiastas consocios se entregan; los eficaces y ostensibles resultados de sus acertadas intervenciones, y la confianza manifiesta que

á la opinión pública merecen los que como figuras de primera magnitud á la dermosifiliografía se consagran, bien acreedores les hacen á la gratitud de las gentes, y á que los beneficios que á la especie acarrearán no caigan en campo estéril.

A tal fin coadyuvaremos, en tiempo y sazón oportuna, hasta donde nuestro radio de acción alcance.

SEDISAL.

Sección oficial.

PRESIDENCIA DEL DIRECTORIO MILITAR

EXPOSICIÓN

Señor: La endemia palúdica constituye para España uno de los problemas sanitarios de más urgente y necesaria solución. La difusión del mal y su arraigo en zonas considerables de la Península traen el grave perjuicio de la mortalidad que ocasionan, los días perdidos para el trabajo en la época de mayor apremio para las faenas del campo y la de pauperización de la raza en comarcas enteras, que viven agobiadas y empobrecidas por la infección.

Para iniciar la acción del Estado y apercibir los remedios era preciso conocer primero la extensión del daño, la situación y naturaleza de los focos y los mejores procedimientos de ataque adaptados en cada caso á las condiciones particulares de la localidad. Este trabajo es el que ha venido realizando la Comisión antipalúdica nombrada por Real orden de 23 de Agosto de 1920, merced á cuyos estudios prácticos y experimentales cabe hoy abarcar el problema en todas sus variantes, con la garantía del empleo provechoso de los medios que el Gobierno dedica á la lucha contra el paludismo.

Es de advertir que la índole y generalización de la endemia palúdica no permiten cargar exclusivamente á cuenta del Estado los importantes recursos que la organización de una campaña á fondo exige, motivo por el cual este Decreto llama á colaborar en la obra común, patriótica y humanitaria, á los Ministerios de la Gobernación y de Fomento, á la Cruz Roja, Municipios, Diputaciones, terratenientes y Empresas agrícolas é industriales, sumando los deberes de todos y escalonando el plan, para no perder con la dispersión del esfuerzo los frutos de la intensidad.

Y á tal fin, y como primer paso para instituir una legislación antipalúdica, el jefe del Gobierno, presidente del Directorio militar, de acuerdo con éste, tiene el honor de someter á la aprobación de V. M. el siguiente proyecto de Decreto.

Madrid, 14 de Junio de 1924.—Señor: A L. R. P. de V. M., Miguel Primo de Rivera y Orbaneja.

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 Para organizar y llevar á cabo los trabajos dirigidos á combatir el paludismo en España se constituirá una Comisión Central, y las Comisiones provinciales y locales que sean necesarias, á propuesta de la Central.

Formarán parte de esta organización los auxiliares facultativos y los subalternos que en el art. 4.º se especifican.

Art. 2.º La Comisión Central de trabajos antipalúdicos estará formada por el subsecretario del Ministerio de la Gobernación, presidente; el director general de Sanidad, vicepresidente; el catedrático de Parasitología de la Facultad de

Medicina de Madrid, un ingeniero de Caminos nombrado por el Ministerio de Fomento, un representante ó delegado de la Cruz Roja, el inspector general de Sanidad interior, un inspector provincial especializado en la materia, un farmacéutico designado por el Colegio de Madrid, vocales, y el jefe de la Sección de Parasitología del Instituto de Alfonso XIII, que actuará de secretario.

Art. 3.º Las Comisiones provinciales y locales estarán constituidas: las primeras, por el gobernador de la provincia, el presidente de la Diputación, un ingeniero jefe provincial, un farmacéutico establecido, un médico de alto prestigio profesional, estos dos últimos elegidos por la Comisión Central, y el inspector provincial de Sanidad, que ejercerá las funciones de secretario; y las segundas, por el alcalde, el inspector municipal de Sanidad, el médico ó médicos cuya colaboración se solicite y un farmacéutico en ejercicio.

Art. 4.º Los elementos auxiliares, eventualmente, los formarán: el facultativo, con los médicos de la Brigada Sanitaria Central, los de la sección de Parasitología y de Epidemiología del Instituto de Alfonso XIII, los médicos é ingenieros del Parque de Sanidad y los médicos de las Brigadas provinciales; y el subalterno, con todos los dependientes de los Centros antedichos y los grupos que se formen en cada localidad con personal de las mismas.

Cuando las necesidades del servicio lo requieran, podrá nombrarse otro personal facultativo ó subalterno con carácter exclusivamente transitorio ó temporal.

Art. 5.º Las Comisiones provinciales y las locales se constituirán á requerimiento de la Central, á medida que ésta vaya estableciendo, por etapas sucesivas y con arreglo á sus medios, la acción antipalúdica en las distintas regiones.

Art. 6.º Será de competencia exclusiva de la Comisión Central la declaración oficial de las zonas palúdicas, cuya declaración deberá hacerse gradualmente, á medida que sea factible la aplicación de las medidas profilácticas y curativas necesarias para combatir el paludismo.

Art. 7.º Toda zona declarada palúdica quedará sujeta á los derechos y deberes siguientes:

a) Será obligatorio someterse á las medidas de tratamiento y de profilaxis general que las autoridades sanitarias dispongan (petrolizaciones, protección mecánica, etc.).

b) La Comisión Central organizará en cada zona uno ó más dispensarios dotados de los elementos indispensables para el examen hemático, la destrucción de los anofeles y el tratamiento de los enfermos.

c) Los braceros y obreros habitantes de dicha zonas, lo mismo que sus familias, tendrán derecho al suministro gratuito de la quinina, al cual contribuirán, en la parte que se estipule, el Estado, los Municipios y los patronos, en las condiciones que indicará el Reglamento.

d) Los propietarios de terrenos palúdicos tendrán la obligación de sanearlos en la forma y por los medios de más fácil realización que las Comisiones técnicas señalen, y deberán proporcionar, gratuitamente, á los trabajadores empleados en la explotación de dichos terrenos, la quinina necesaria para el tratamiento profiláctico y curativo.

e) A fin de evitar la formación de múltiples viveros de mosquitos, queda terminantemente prohibida la ejecución de excavaciones y hoyas superfluas capaces de recoger y mantener encharcadas las aguas pluviales ó de otro origen. Si alguna vez fueran indispensables, se establecerán en pleno campo, á 3 kilómetros de poblado y en forma que impida el encharcamiento duradero de las aguas. Las aguas útiles quedarán sometidas á las reglas higiénicas que las Comisiones establezcan.

Art. 8.º La Comisión Central podrá suministrar á los

Municipios quinina á precio de coste en los casos que determine el Reglamento á que se refiere el artículo adicional de este Decreto-ley.

Art. 9.º Será obligatoria la organización de la profilaxis antipalúdica en los cotos arroceros, campos de lino y cultivos análogos, debiendo contribuir equitativamente á los gastos los propietarios de las explotaciones.

Artículo adicional. En el plazo de tres meses, desde la fecha de su constitución, la Comisión Central redactará y elevará al Gobierno el Reglamento para la ejecución del presente Decreto-ley.

Dado en Palacio á 14 de Junio de 1924.—ALFONSO.—El presidente del Directorio militar, *Miguel Primo de Rivera y Orbaneja*. (Gaceta del 17 de Junio de 1924.)

EXPOSICIÓN

Señor: El peligro que para la salud pública ofrece el transporte, por vía férrea, de enfermos infecto-contagiosos y de cadáveres, en coches ó furgones que además de carecer de las condiciones adecuadas de higiene y aislamiento son utilizados simultánea ó posteriormente en el servicio corriente de viajeros y mercancías, y, por otra parte, el incumplimiento por las Compañías de ferrocarriles de los preceptos contenidos en el Reglamento de Sanidad exterior vigente que á ellas afectan, obligan al Gobierno á la adopción de aquellas medidas que garanticen suficientemente la defensa de la salud nacional. Por ello el presidente del Directorio militar, de acuerdo con éste, tiene el honor de someter á la aprobación de V. M. el siguiente proyecto de Real decreto.

Madrid, 14 de Junio de 1924.—Señor: A L. R. P. de V. M., *Miguel Primo de Rivera y Orbaneja*.

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 Las Compañías propietarias de vías férreas que cuenten con un recorrido superior á 200 kilómetros, dispondrán, en el plazo de seis meses, á partir de la publicación del presente Real decreto, de un vagón ambulancia para transportes de enfermos infecto-contagiosos.

Art. 2.º Todas las Compañías de ferrocarriles, cualquiera que sea su recorrido en kilómetros, tendrán la obligación de destinar, entre las unidades de los trenes correos un departamento acondicionado para el transporte de enfermos de padecimientos infecto-contagiosos.

Art. 3.º Los vagones ambulancias y los que lleven departamentos para enfermos infecto-contagiosos serán enérgicamente desinfectados y desinsectados al rendir viaje en la estación correspondiente, y no podrán utilizarse de nuevo sin la previa desinfección.

Art. 4.º Los vagones de todas clases destinados al transporte de viajeros habrán de ser desinfectados y desinsectados trimestralmente por cualquiera de los procedimientos reconocidos como eficaces. Sin perjuicio de este saneamiento periódico, serán también sometidos á la misma práctica cuando hayan servido para el transporte de tropas, peregrinaciones, romerías y, en general, de grandes aglomeraciones de personas.

Todas las Compañías de ferrocarriles dispondrán en las estaciones cabeza y término de línea de instalaciones adecuadas para estos servicios, atendidas por personal técnico idóneo.

Art. 5.º Todos los trenes, cualquiera que sea su compo-

sición y recorrido, que transporten viajeros, llevarán un botiquín para curas de urgencia.

Art. 6.º El transporte de cadáveres habrá de efectuarse en vagones especiales destinados exclusivamente á este servicio. Las Compañías propietarias de vías férreas dispondrán de un plazo de seis meses para la adquisición del material adecuado.

Art. 7.º En un plazo máximo de tres meses habrán de llevar todos los trenes un W. C., por lo menos por cada dos coches de viajeros, de cualquiera clase que sean. Todos los W. C. contarán con depósitos de agua en cantidad suficiente para que no se agote en todo el viaje, calefacción en las épocas reglamentarias y lavabo, y se mantendrán constantemente en perfectas condiciones de limpieza, debiendo ser aseados y desinfectados cuidadosamente al término de cada viaje.

Art. 8.º En todas las estaciones existirá un local habilitado para prestar los primeros auxilios á heridos y enfermos, debiendo contar con un botiquín del tipo que se disponga, según la importancia de cada estación.

Art. 9.º En las estaciones donde por falta de agua no sea posible establecer el servicio de W. C., se desinfectarán tres veces al día los urinarios y retretes, empleando para ello procedimientos eficaces.

Art. 10. En las estaciones solamente se consentirá la venta al menudeo de agua común, procedente de manantiales ó fuentes cuya pureza bacteriológica conste en las respectivas Inspecciones de Sanidad.

Art. 11. El agua de los pozos existentes en las estaciones no podrá utilizarse en bebida ni para uso doméstico mientras no cumplan las condiciones siguientes:

- a) Ser de brocal cubierto;
- b) Funcionar por bomba;
- c) Tener sólidamente impermeabilizada la pared interior;
- d) Hallarse libre y al resguardo de contaminaciones por filtración.

Art. 12. La Dirección general de Sanidad podrá disponer de todo el material sanitario perteneciente á las Compañías propietarias de vías férreas, para atender, cuando las circunstancias lo requieran, á la defensa de la salud pública.

Art. 13. Por el Ministerio de la Gobernación se señalarán los tipos y condiciones del material sanitario de todas clases que haya de ser utilizado por las Compañías de vías férreas.

Art. 14. Para el exacto cumplimiento de lo dispuesto en el presente Real decreto, así como de todo lo concerniente al servicio sanitario de ferrocarriles, preceptuado en el vigente Reglamento de Sanidad exterior de 3 de Marzo de 1917, que se llevarán á la práctica con todo rigor, velarán como inspectores los médicos del Cuerpo de Sanidad exterior en las poblaciones marítimas y fronterizas, y los inspectores provinciales de Sanidad, los subdelegados de Medicina y los inspectores municipales de Sanidad en las del interior, estableciendo el nexo necesario entre unas y otras inspecciones la Dirección general de Sanidad por intermedio de la Inspección general de Sanidad exterior.

Art. 15. Las Compañías propietarias de vías férreas prestarán á los funcionarios sanitarios la asistencia necesaria para el mejor cumplimiento del presente Real decreto.

Art. 16. Las infracciones á los preceptos contenidos en los artículos precedentes, así como á los del Reglamento de Sanidad exterior que se relacionan con el servicio de ferrocarriles, cometidas por las Compañías de vías férreas y sus

empleados y por particulares, serán castigadas con multas de 50 á 2.500 pesetas, sin perjuicio de la responsabilidad criminal en que pudieran incurrir.

Art. 17. Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan ó dificulten el cumplimiento del presente Decreto.

Dado en Palacio á 14 de Junio de 1924.—ALFONSO.—El presidente del Directorio militar, *Miguel Primo de Rivera y Orbaneja*. (Gaceta del 17 de Junio de 1924.)

GOBERNACIÓN

Examinado el expediente instruido en este Ministerio con motivo de las diferentes peticiones formuladas desde sus respectivos puntos de vista por la Sociedad y Federación Odontológicas Españolas, los obreros mecánicos auxiliares de los profesionales odontólogos y algunos practicantes de Medicina y Cirugía,

Solicitan la Sociedad y la Federación Odontológicas Españolas, teniendo en cuenta la legislación que regula la materia y que el ejercicio de la Prótesis, tanto en su ejecución como en su aplicación en boca, es patrimonio exclusivo del profesional titulado, que no se acceda á ninguna de las peticiones hechas por los operarios de taller; que la apertura y funcionamiento de éstos sólo pueda tener lugar bajo la autoridad de un profesional titulado; que la petición hecha en solicitud de apertura de un laboratorio de Prótesis sea elevada al subinspector de Odontología correspondiente, y que se aumenten en esta capital el número de subinspectores de Odontología para atender á las necesidades del servicio, apoyando esta última petición la Junta provincial de Sanidad, quien propone la creación de una plaza de subinspector para cada distrito de esta capital.

En tanto subsista nuestra actual legislación en el Ramo, es evidente que el ejercicio de la Prótesis, tanto en su ejecución como en su aplicación en boca, es patrimonio exclusivo del profesional titulado, único que puede regir el funcionamiento del taller, sin que sea necesario dictar ninguna disposición aclaratoria, toda vez que hasta la fecha ese ha sido el criterio sustentado en las vigentes para la persecución del intrusismo.

En cuanto al extremo referente á que la solicitud de apertura de un laboratorio de Prótesis sea elevada al subinspector de Odontología, entiende el Negociado que puesta en vigor la Real orden de 28 de Mayo de 1886, creando las subinspecciones de Odontología por la de 25 de Agosto de 1913, con el único y exclusivo objeto de perseguir el intrusismo en la profesión, á esta misión especial deben aquéllas circunscribirse, sin pretender ensanchar su campo de acción, invadiendo el propio de otras autoridades sanitarias, á quienes está encomendado este servicio. Aparte de que la concesión que se pretende supondría tanto como desvirtuar en su esencia el espíritu que informó al legislador al dictar la soberana disposición creando tales subinspecciones.

Por la misma razón, y teniendo en cuenta que entre las funciones propias de los subdelegados de Medicina, con arreglo al criterio constante mantenido en nuestra legislación sobre el particular (como testimonian, entre otras muchas disposiciones, las Reales órdenes de 16 de Diciembre de 1881, 11 de Febrero de 1886, artículos 62 y 77 de la Instrucción general de Sanidad, orden resolutoria de la Inspección general del Ramo de 27 de Julio de 1915 y Real orden de 21 de Diciembre de 1923), están las de perseguir el intrusismo, registrar los títulos de los que se dediquen á la profesión odontológica, velando por el normal funcionamiento de este ramo auxiliar de la Medicina, etc., ha de

considerarse innecesario el aumento ó creación de nuevas plazas de subinspectores de Odontología para esta capital ni ninguna otra, ya que la misión que habrían éstos de cumplir se halla atendida satisfactoriamente por los funcionarios á quienes verdaderamente compete su cumplimiento.

Solicitan los obreros protésicos, teniendo en cuenta la competencia que han llegado á adquirir en sus trabajos y la necesidad de aclarar su incierta situación, dignificando al propio tiempo la clase, que se les otorguen certificaciones de protésicos dentales autorizados á cuantos demuestren su competencia ante el Tribunal que se designe al efecto; que dicho certificado dé derecho á tener taller para la confección de aparatos, ejecutados bajo la prescripción de odontólogos, prohibiéndose que en los talleres de estos obreros protésicos haya sillones de operaciones, aparatos para intervenciones en la boca, etc., y que se establezcan las debidas sanciones para los infractores.

Encomendada por nuestra legislación al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes cuanto se refiere á creación de carreras, régimen de estudios, etc., ninguna solución puede dar este Departamento á la petición formulada por los obreros protésicos, ya que ésta, por la extensión y alcance que se la pretende dar, supone la creación de una nueva profesión, auxiliar de la de los odontólogos, pero con un campo de acción propio; teniendo que limitarse la intervención de este Ministerio, como propia y peculiar suya, á respetar lo estatuido y perseguir el intrusismo en la profesión odontológica, considerando como tales, según queda advertido, á cuantos se dediquen al ejercicio de la Prótesis, tanto en su ejecución como en su aplicación en boca, careciendo del correspondiente título y siempre que no actúen á las inmediatas órdenes de un titular.

Solicitan, por último, los practicantes en Medicina y Cirugía que se derogue la Real orden de 6 de Abril de 1918 en la que se determina que la profesión de odontólogo ó de cirujano dentista sólo puede ser ejercida por los que tengan los títulos correspondientes, sin que pueda delegarse dicho ejercicio en persona que carezca del expresado título, y pretenden que en su lugar se declare que puede delegarse el ejercicio profesional de la Odontología, al igual que el de la Medicina, en los practicantes de Cirugía menor, entendiéndose que éstos estarán obligados á ejercer siempre bajo la dirección de un odontólogo, del mismo modo que hoy lo hacen á las órdenes de un médico. Pretensión á todas luces improcedente, si la palabra *delegación* ha de interpretarse en su verdadero sentido gramatical, y en el cual, ni puede tener lugar en el campo médico, ni asimismo puede ser aceptada para el de los odontólogos, puesto que supondría una verdadera sustitución de persona para el ejercicio de la respectiva profesión; no pudiendo, por lo tanto, admitirse la intervención de los practicantes en cualquiera de las indicadas sino como la de un mero auxiliar ó ayudante subalterno del profesional, obrando siempre á las órdenes inmediatas de éste, y claro es, por lo tanto, que no procede la derogación que se pretende de la citada Real orden.

Por todo lo expuesto,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo propuesto por la Dirección general de Sanidad y Real Consejo del Ramo, ha tenido á bien disponer:

1.º Que se denieguen las peticiones de los odontólogos, referentes á que las solicitudes de apertura de gabinetes de Prótesis se eleven á los subinspectores de Odontología correspondientes y á la creación de nuevas plazas de subinspectores en esta capital.

2.º Que en tanto subsista nuestra legislación en la materia, deberán ser considerados como intrusos en la carrera

odontológica cuantos, careciendo del correspondiente título, se dediquen al ejercicio de la Prótesis, tanto en su ejecución como en su aplicación en boca, á no ser que trabajen como auxiliares á las órdenes inmediatas de un profesional.

3.º Que corresponde al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes el conocer de la petición formulada por los obreros mecánicos de Prótesis, respecto al nombramiento de un Tribunal examinador en la materia y expedición de certificados de aptitud que les faculte para esta clase de trabajos.

4.º Que no procede acceder á la petición formulada por los practicantes de Medicina y Cirugía sobre derogación de la Real orden de 6 de Abril de 1918.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento, el de las partes interesadas y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 3 de Julio de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 5 de Julio de 1924.)

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Varios industriales y comerciantes se dirigen á este Centro solicitando una aclaración á la regla segunda de la Real orden de 25 de Febrero último, sobre la determinación de la manteca y mantequilla y su absoluta diferencia de la margarina.

Se dispone en aquélla que los productos de la margarina puestos á la venta lleven en las etiquetas y envolturas de sus envases las palabras Margarina mezclada ó Margarina simplemente, en caracteres no menores á 5 centímetros.

El tamaño de estos caracteres, que seguirá usándose para las piezas y bloques grandes, resulta excesivo para los paquetes y fracciones de venta al detalle, por lo que

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que los paquetes y bloques de productos de la margarina puestos á la venta en cantidad de un kilogramo, ó menor, vayan rotulados con las palabras Margarina ó Margarina mezclada, en caracteres ostensibles que no sean menores á 1 centímetro.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento. 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. (*Gaceta* del 9 de Julio de 1924.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,2; ídem mínima, 704,1; temperatura máxima, 33°,4; ídem mínima, 19°,2; vientos dominantes, OSO. NE.

Signen presentándose con frecuencia entre los estados agudos los cólicos intestinales, principalmente por indigestión, por bebidas heladas y por alimentos poco adecuados; las fiebres infecciosas intestinales son escasas en número.

En los niños ha disminuído la coqueluche y el sarampión y aumentado los catarrros intestinales febriles.

Crónicas.

A nuestros suscriptores.—Este número, como los dos anteriores, va aumentado en cuatro páginas, á fin de dar cabida á los diversos asuntos de interés, tanto oficial como profesional que poseemos.

II Congreso Nacional de Ciencias Médicas y Exposición de Medicina é Higiene.—En vista de lo muy importante que será la concurrencia de congresistas y expositores de los países hispanoamericanos, que con tanto entusiasmo cooperan á su éxito, el Comité ha gestionado y conseguido de la Compañía Transatlántica importantísimas ventajas en los pasajes y fletes para todos aquellos que, siendo

congresistas ó expositores, concurren al Congreso de Sevilla.

En los pasajes sencillos, la concesión es de 30 por 100, y el 40 en los de ida y vuelta. Además, se concede una bonificación del 50 por 100 en los camarotes de lujo y en todos los sobrepagos y extraordinarios.

Los fletes para las mercancías tendrán una bonificación del 50 por 100.

Durante el mes de Agosto se pueden solicitar emplazamientos, tanto en la sección científica como en la industrial, que se concederán por riguroso turno de solicitud.

Los periódicos y revistas médicas que se dirijan al Comité enviando su nombre y dirección y un ejemplar de muestra serán invitados á concurrir á la sección de bibliografía que promete ser muy completa é importante.

Cuantos datos se deseen sobre la Exposición, deberán solicitarse de la Secretaría general, Fuencarral, 55, 2.º, Madrid, teléfono 583-M.

Casa de Higiene Infantil.—El día 15, y bajo la presidencia del subsecretario de Instrucción, Sr. García de Leóniz, con la asistencia de los marqueses de Torrelaguna, señora de Tolosa Latour y damas que integran el Comité de Higiene Popular, ha sido inaugurada la primera Casa de Higiene Benéfica Infantil, establecida en el núm. 13 de la calle de Jesús y María.

La secretaria, señorita Blanco, leyó unas cuartillas sobre la organización de la obra, á la que han contribuido generosamente las marquesas de Urquijo, Torrelaguna y otras aristocráticas damas.

Pronunciaron palabras de felicitación para el Comité los Sres. García Molinas, García de Leóniz y el inspector provincial de Sanidad.

Bendijo la casa el párroco del Buen Consejo.

Notas sevillanas.—Por lo que se desprende de las noticias procedentes de Sevilla, el gobernador de aquella provincia se ocupa con verdadero interés de las cuestiones de higiene y personal sanitario que afectan á la principal provincia andaluza.

En su reciente visita al Instituto de Higiene examinó con todo detenimiento y al detalle las salas, el laboratorio, el Parque móvil de la Brigada sanitaria y otras dependencias.

El Sr. Serrán, inspector provincial de Sanidad, se lamentó ante el gobernador del escaso auxilio que recibe la higiene pública por parte de la Policía. Suplicó al gobernador que ordene á los funcionarios de Policía la intensificación de sus servicios, á fin de conseguir el mayor aislamiento de los focos infecciosos.

El gobernador recogió la indicación del Sr. Serrán y prometió ocuparse con interés de este asunto.

También el gobernador ha sido visitado por una numerosa Comisión de las clases sanitarias de la provincia para darle las gracias por las disposiciones que dictó encaminadas á que sean respetados los derechos de dichas clases por los Municipios.

Servicios municipales importantes.—El día 15, á las once de la mañana y con asistencia del alcalde interino, Sr. García Rodrigo, los tenientes de alcalde, concejales y numerosos invitados, tuvo lugar en la Casa de Socorro del distrito del Centro el acto de inaugurar las consultas especiales públicas de Radioterapia, Dermatología y Urología, á cargo de los médicos de la Beneficencia Municipal señores Sánchez Covisa y Ratera.

El completísimo material adquirido por el Ayuntamiento hace de esta consulta una instalación que cubre las más remotas necesidades de la especialidad.

Aprobadas las nuevas Ordenanzas reglamentando los servicios de profilaxis y desinfección de las enfermedades infecciosas, se ha ordenado por el alcalde interino, señor García Rodrigo, que sean puestas en vigor inmediatamente. Dichas Ordenanzas suponen una completa transformación de los servicios, y serán comunicadas á todos los médicos residentes en Madrid, cuya cooperación, singularmente en cuanto afecta á las desinfecciones en curso de enfermedad, es absolutamente indispensable. Brevemente se pondrán en servicio los nuevos coches-camillas para el traslado de enfermos infecciosos á los hospitales, y los coches de desinfección, también recientemente adquiridos, con cuyos elementos podrá realizarse el servicio con una rapidez que antes se hacía imposible, por falta de medios adecuados.

Homenaje á un médico.—El vecindario de Valverde del Camino ha rendido un conmovedor homenaje de cariño

y admiración á su médico, D. Andrés Dorronsoro y Montes, celebrando en su honor varios lucidos actos y entregándole una lápida de plata, con expresiva dedicatoria.

Sociedad Protectora Mora (Toledo).—Vacante por renuncia, desempeñada interinamente, con el haber anual de 5.000 pesetas. Solicitudes hasta el día 25 de los corrientes. Mora, 14 de Julio de 1924.—El presidente, *Leoncio García*.

Noticias.—A su instancia ha sido jubilado D. José González Pon, médico cesante del Cuerpo de Sanidad exterior.

El Patronato de enfermos.—El día 14, á las siete de la tarde y con asistencia de S. M. el Rey, se celebró el acto de inauguración del edificio que el Patronato de enfermos ha levantado en el paseo de Santa Engracia.

El Monarca fué recibido por las personalidades más significadas del Patronato que le fueron enseñando las principales dependencias del edificio.

La vizcondesa de San Enrique leyó una salutación al Monarca y una Memoria de la historia de la fundación y principales instituciones que de él dependen.

El alojamiento de enfermos, las clínicas, el laboratorio, etcétera, son instalaciones que merecen todo elogio.

El Rey presenció la comida de 150 pobres y luego los ejercicios militares de los niños de las escuelas dependientes del Patronato, que vestían el uniforme del regimiento de infantería de Saboya.

S. M. manifestó á la Junta la complacencia con que había visitado las instalaciones del nuevo edificio.

No hay cólera en Badajoz.—Se ha publicado en algunos periódicos portugueses la noticia de haberse registrado en Badajoz nueve casos de cólera seguidos de defunción.

Como se produjo la natural alarma, se ha preguntado al inspector de Sanidad si tiene visos de verdad la referida noticia, y esta autoridad la ha desmentido rotundamente afirmando que, por el contrario, el estado sanitario de Badajoz es excelente, puesto que la mortalidad por enfermedades propias de la estación, es menor que en años anteriores.

Excipiente inerte.—En el conflicto actual de las edades sucede que á la juventud le falta modestia y á la vejez indulgencia, con lo cual no se llegarán á entender nunca.

(Ich.)

Pasa algo apartado de esta silla en un coche un hombre rico que fué mozo y pobre, que hay hombres tan dichosos ó tan desalmados, que enriquecen en menos tiempo que otros se pierden.

(Zabaleta.)

Cinco años de práctica médica, con el CASEAL CÁLCICO del Laboratorio Químico Farmacéutico V. Baldacci, de Pisa (Italia), del que acompañamos un prospecto recomendando su lectura y el pedido de muestras al representante en Barcelona.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

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

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