

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

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

REDACTORES:

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

J. BLANC Y FORTACÍN
Del Hospital de la Princesa.

L. CARDENAL
Catedrático de Cirugía de Madrid.
Cirujano del Hospital de la Princesa.

J. CODINA CASTELLVÍ
Académico Médico de los Hospitales.
Director de los Sanatorios Antituberculosos.

V. CORTEZO
Jefe del Parque Sanitario de Madrid.
Del Instituto de Alfonso XIII.

L. ELIZAGARAY
Del Hospital General de Madrid.

A. ESPINA Y CAPO
Académico de la Real de Medicina.

A. FERNÁNDEZ
Ex-interno de la Facultad y Hospitales.

F. LÓPEZ PRIETO
Electro-radiólogo.
Ex-Médico Titular.

A. GARCÍA TAPIA
Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.

B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

T. HERNANDO
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

F. HUERTAS
Del Hospital General.
Académico de la Real de Medicina.

C. JUARROS
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico.

E. LUENGO ARROYO
De la Sección de Parasitología del Instituto de Alfonso XIII y del Hospital de la Facultad de Medicina.

G. MARAÑÓN
Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

M. MARÍN AMAT
Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.

L. MARCO CORERA
Prof. honoris causa del Inst. Rubio.

J. MOURIZ RIESGO
Jefe del Laboratorio del Hospital General.

B. NAVARRO CÁNOVAS
Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.

S. PASCUAL Y RÍOS
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.

A. PULIDO MARTÍN
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

J. y S. RATERA
De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.

G. RODRÍGUEZ LAFORA
Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.

J. SARABIA PARDO
Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.

F. TELLO
Director del Instituto Alfonso XIII.

L. URRUTIA
Especialista en enfermedades del aparato digestivo.

J. M. DE VILLAVEVERDE
Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.

R. DEL VALLE Y ALDABALDE
Académico de la Real de Medicina.

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

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 organización de la Asistencia pública en la ciudad de Buenos Aires, por el Dr. José Blanc Fortacín. — Sobre un pretendido síndrome nervioso nuevo, por J. Sanchis y Banús. — Enfermedad de Waren Tay-Sachs ó amaurosis de la idiotez familiar, por el Dr. Manuel Marín Amat. — Raquitismo y anemia de Jaksch-Hayem, por el Dr. Emilio Zepadero. — Las crisis viscerales de los «demas angioneuróticos», por los Dres. J. Macdonald y R. Buendía. — Abdomen agudo, por el Dr. Stoker de la Rosa. — Bibliografía, por el Dr. Stocker. — Periódicos médicos.

La organización de la Asistencia pública en la ciudad de Buenos Aires ⁽¹⁾

POR EL

DR. JOSÉ BLANC FORTACÍN

Del Hospital de la Princesa.

Señores: Dos días antes de que el vapor correo donde hice la travesía á la Argentina llegara al puerto de Buenos Aires, la dirección del vapor hizo saber al pasaje que estábamos en la obligación de vacunarnos, pues de lo contrario, se nos impediría el desembarco. Tal medida que pareció de momento arbitraria, pues todos habíamos sido objeto de reconocimiento médico previo antes del embarque, me reveló que iba á un país donde existía una férrea disciplina sanitaria.

Así es, y á ello han contribuido la comprensión del público frente á los problemas higiénicos y la intervención de los médicos en la vida sanitaria de la nación.

Por lo que al primer punto se refiere, existe en la Argentina un positivo movimiento y aspiración de cultura general. Y como los asuntos de higiene y profilaxis requieren para ser aceptados ser antes comprendidos, no es posible que la Sanidad se asiente sólidamente en ningún país donde no se prepare al público con una sólida base de instrucción

general. Por otra parte, el ejemplo de las clases elevadas que acuden con su dinero á costear espléndidamente Instituciones hospitalarias y de asistencia social, influye en el ánimo de los más humildes para que acepten aquello que tan desinteresadamente se les proporciona.

Al hacerlo el individuo pudiente entrega su dinero á las instituciones sanitarias ya fundadas. Raras veces establece por su propia cuenta Hospitales ó Asilos buscando una notoriedad personal en perjuicio de una utilidad colectiva. Considera que es el técnico sanitario quien debe llevar á cabo el fin que le dictó su altruismo. Esta política que pudiéramos llamar socialista sanitaria, viene corroborada por una propaganda intensa, directa ó indirecta en el mismo sentido. No es el portafolio aficionado á oír largas y complicadas disertaciones acerca de los problemas médicos; su espíritu inquieto, su vida activa, sus hábitos de hombre práctico exigen que los conocimientos se le proporcionen con el minimum de esfuerzo por su parte. Y así se acude á una propaganda que actúa por impresión y que le asesora en términos de concisión extrema. Para combatir al esputo como vehículo morboso, se fija en los tranvías y locales frecuentados por el público, el siguiente cartel: «El que escupe en el suelo es un mal educado». Para actuar en sentido de profilaxis antituberculosa se leen en los sitios más visibles de los lugares públicos, párrafos breves exponiendo la curabilidad de la tuberculosis en sus comienzos; obligación de someterse á un tratamiento antes de que el mal se agrave; hospital y dispensarios donde gratuitamente pueden pedirse los consejos y tratamientos convenientes, etc., etc. Igualmente sucede respecto á la viruela, contra la cual se ha he-

(1) Conferencia dada en el Colegio de Médicos de Madrid, el día 6 de Noviembre.

cho formidable y fructuosa campaña, contra el carbunclo, contra las fiebres eruptivas, etc.

Los médicos constituyen allí clase social selecta. Son cultos, correctísimos en su trato, bien portados y discretos, con un elevado concepto de su título profesional. Sus servicios son bien retribuidos; los Poderes públicos les otorgan ventajas y distinciones de clase privilegiada. Pagan al Erario mínima cantidad en concepto de patente, siendo considerados como funcionarios de la Nación en todo momento. No exteriorizan sino en casos excepcionales agrupación sindical, sino que se reúnen en colectividades de carácter más bien científico, dando así la impresión de nivel social más elevado. Y nadie insinúa odio de clases en la comunidad profesional, porque el más humilde se siente con arresos para alcanzar los primeros puestos de la carrera.

De este modo, y tomando en serio *médicos y público* la cuestión de la salud pública, se ha llegado a organizar la cuestión de asistencia de enfermos en la forma que sucintamente voy a exponer.

Dos organismos actúan en ese sentido: 1.º, la Sociedad de Beneficencia de la capital; 2.º, la Asistencia pública, organismo municipal.

La primera se sostiene con fondos del Presupuesto nacional y con donativos de particulares. Administra el organismo una Junta de damas inspectoras que encauzan los legados y adjudicaciones en forma que vayan a engrosar los fondos de los establecimientos que están a su cargo. Son éstos el Hospital Nacional de Mujeres Rivadavia, el Hospital de niños, los Asilos de Alienados y Alienadas, el Oftálmico y la Casa de Expósitos.

La organización de estos establecimientos responde a una excelente y cuidadosa ordenación administrativa y técnica. El Hospital Rivadavia es, a pesar de su relativa antigüedad, nosocomio que recuerda en muchos detalles a los hospitales ingleses. Está destinado exclusivamente a mujeres, y sus servicios, distribuidos por pabellones rodeados de jardines, están a cargo de profesores eminentes. Hay en las salas un complemento muy agradable: una pequeña galería ó cámara acristalada, con flores y pájaros, para descanso y solaz de las enfermas que no tienen que permanecer en cama. En uno de los departamentos de la planta baja hay un salón de música, igualmente destinado a la distracción de las acogidas.

El Hospital Oftálmico es un modelo de organización. Sobre todo en la sección de Consultorios externos se ha estudiado el medio de que puedan ser examinados los enfermos sin agobios ni desorden, gracias a un método estudiado por el director y que estriba en síntesis en una previa clasificación de los mismos en el momento de su entrada y en la distribución inmediata por los diversos departamentos de que consta esa sección. Hay, además, un anejo donde están instalados los dispensarios de Medicina interna, Cirugía y Neurología, para que puedan ser completadas en el acto las exploraciones de aquellos enfermos cuya afección visual esté relacionada con las otras patologías antes mencionadas.

No puedo extenderme más acerca de aquellas otras instituciones que regenta la Sociedad de Beneficencia de la capital, porque además de la brevedad del tiempo de que dispongo, esa Sociedad no constituye la verdadera organización municipal que deseo dar a conocer.

La Asistencia pública depende de la Intendencia que con el Concejo deliberante constituyen lo que aquí llamamos Ayuntamiento. Al frente de la Asistencia hay un director, cargo al cual se le rodea de todo el prestigio y autonomía técnico sanitaria que debe tener. El director de la Asisten-

cia es, pues, un delegado y asesor del Intendente y del Concejo en asuntos benéfico sanitarios.

A sus órdenes inmediatas hay un subdirector y varios jefes de sección.

La Dirección de la Asistencia pública funciona en la Casa central. En ella, aparte los organismos burocráticos dependientes de la Dirección, hay un servicio de primeros auxilios y varios dispensarios antiveneréos, antivariólicos, de reconocimiento de prostitutas y de nodrizas y lactantes. Como cosa especial y no establecida entre nosotros, me llamó la atención un departamento de *toilette* de blenorragicos donde pueden practicar su aseo y cuidado personal aquellos enfermos que no disponen en sus alojamientos de medios *ad hoc*.

El puesto de primeros auxilios tiene un servicio médico permanente y varias ambulancias con sus practicantes y enfermeros. Hay una sala de operaciones, otra de curas, y una enfermería. Cualquier auxilio que se solicite dentro ó fuera de la casa es prestado de modo oportuno. Para las salidas, el médico dispone de automóvil y de ambulancia.

Parecido a este puesto de primeros auxilios existen cinco más en puntos estratégicos de la capital. Son los llamados *hospitales vecinales*, en realidad más bien Casas de Socorros de Las Heras, Vélez Sarfield, Villa Devoto José M. Bosch y Nueva Pompeya.

Cuando un servicio de urgencia es reclamado a la Casa central y el sitio adonde hay que acudir corresponde más bien a la vecindad de esos puestos de socorro, telefónicamente se transmite allí el aviso, y si uno de ellos no puede prestarlo de momento, avisa a otro vecino ó a uno de los hospitales donde, como veremos, existe también ambulancias.

Los hospitales municipales son en número de trece. Cada uno de ellos tiene sus enfermerías, la sección de primeros auxilios, y su ambulancia; que prestan sus servicios cuando se la requiere directamente por el público ó cuando recibe aviso de la Casa central ó de otra dependencia de la Asistencia pública. Sucede en ocasiones que con motivo de una catástrofe ó de lucha en las calles, etc., se produce una cantidad grande de heridos. Entonces las ambulancias de los hospitales más próximos al lugar de los sucesos, se concentran en el sitio donde éstos ocurren y la evacuación de heridos se realiza rápidamente.

Los hospitales tienen cada uno sus características. El Hospital *Muniz* es el llamado de aislamiento. Está emplazado en una gran extensión de terreno donde se ubican sus pabellones. Cada pabellón está destinado a un género de infecciones; son de planta baja con gran ventilación y accesorios, como baños, cuartos de aislamiento, cámaras y estufas de desinfección, cuartos con luces de diversos colores, etc.

Fué para mí una sorpresa encontrar al hospital con número grande de plazas vacantes. Desde luego no ví un solo caso de viruela, muy pocos casos de fiebre tifoidea, ninguno de peste ni tifus exantemático; predominaban fiebres eruptivas, lepra y tuberculosos incurables.

Aparte el horno crematorio para ropas y otros productos patológicos, existía en el hospital un departamento de cremación de cadáveres que hoy día funciona en el Cementerio general de la Chacarita.

El Hospital *Juan Fernández* es un establecimiento antiguo, principalmente destinado en sus comienzos a sífilocomio. Hoy día está en reparación, pero funcionando muchos de sus servicios, entre los cuales es de consignar, por lo numeroso y movido, el servicio de traumatismos, a cargo del profesor suplente de la Facultad de Medicina doctor Blackley.

Un hospital vastísimo y capaz para más de 1.500 camas es el *Alvear*. Destinado en sus comienzos á hospital de crónicos, hoy tiene clínicas de agudos, médicas y quirúrgicas á cargo de profesores eminentes.

En la clínica médica, á cargo del Dr. Bullrich, vi una sección de Cardiología, en la cual se somete á los enfermos á interesantes exploraciones electrocardiográficas. Un rato largo departimos con este doctor, tan culto como atento, acerca del valor de la presión arterial en patología médica y quirúrgica y de los síndromes que aparecen durante los diversos períodos de las intervenciones quirúrgicas en la esfera circulatoria, mostrando interés vivo en las referencias que le di acerca de las observaciones que he venido haciendo acerca de este punto. La clínica quirúrgica, también de enseñanza oficial, dispone de varias salas de operaciones, en las cuales existe un dispositivo que he visto funcionar en la mayoría de los hospitales de Buenos Aires. Es la aspiración potente, obtenida por una campana de vacío y que amplía considerablemente las aplicaciones de dicho medio, por desecación rápida de campos operatorios inundados, para la extracción de la germinativa quística en los procesos equinocísticos pulmonares, según el método de Finochietto, etc., etc.

Llama la atención en este hospital, la amplitud espléndida de todos sus servicios y accesorios, galerías, jardines, etcétera. El jefe médico vive allí en un chalet, ubicado dentro del área del hospital. Y aún sobra una cantidad enorme de superficie sin edificar, donde existen, en la actualidad, prados y árboles en abundancia.

El Hospital *Ramos Mejía* es un hospital capaz para unas 600 camas, tiene un patio central con pórticos y arcos de estilo renacimiento adonde confluyen los distintos servicios. Algunos de estos son angostos y con cubicación insuficiente, sobre todo los consultorios externos; ello ha motivado un proyecto de reforma que seguramente consistirá en el derribo del hospital para hacer otro nuevo.

Así ha ocurrido con el Hospital Rawson, del cual ha quedado en pie solamente el servicio de medicina interna del Dr. Agote. Volviendo al Hospital Ramos Mejía, he de dedicar una mención muy especial á la Maternidad. En ella, todo revela una organización y un estudio insistente y vigoroso. Pero sobre todo me llamó la atención el museo. Hay allí una colección de piezas patológicas soberbias; desde el corte entero de una mujer en estado de preñez, hasta las piezas más diversas de embarazos ectópicos, roturas uterinas, placentas viciosas, úteros atípicos, etc. El profesor de Obstetricia puede allí dar fácilmente un curso de embarazo normal y patológico con sólo recorrer el material de aquellas vitrinas. Plácemes merece por ello el director Dr. Zárate. El Hospital *Durand* es un hospital moderno, de corte francés, con pabellones grandes y jardines muy bien cuidados. Allí vi dictar su curso de Patología quirúrgica al célebre cirujano argentino Dr. Chutro. Y le vi operar también con procedimiento especial suyo un injerto óseo en una fractura.

Modelo de Hospitales quirúrgicos es el *Piñero*. Los servicios presentan aquí acentuada esa característica que tienen todos los servicios hospitalarios en esta capital. Las salas de enfermería son una parte del servicio, pues en él hay una porción de accesorios que lo completan. El director del servicio tiene su despacho, su archivo y museo de anatomía patológica, su laboratorio, su departamento radiográfico, su sala de pequeñas curas; todo lo cual le hace autónomo dentro del establecimiento. Pues bien, toda esta organización se encuentra en el Hospital Piñero esmeradamente atendida porque además existe en dicho hospital una escuela de enfermeras de tipo *nurse inglesa* que prestan admirables servicios,

Fuí acompañado en mi visita por el célebre cirujano Bosch Arana, profesor suplente de la Facultad, y pude convencerme de la alta consideración de que es objeto allí el médico jefe de un servicio. Un despacho lujosamente amueblado tiene como locales accesorios, un archivo, donde se reúne y clasifica la documentación clínica, por nombres y enfermedades; igualmente están en sus ficheros las notas de laboratorio, radiografías, fotos, etc. Todo ello haciendo referencia á la carpeta clínica de cada enfermo que á manera de expediente se archiva cuidadosamente. De este modo queda una documentación de un valor inmenso para publicaciones, conferencias y demás medios de exteriorización. Al otro lado del despacho existe un gabinete con ducha y vestuario para prepararse á la operación. Se pasa luego al cuarto de lavado y esterilización, y de allí, á la sala de operaciones.

En las tres instaladas en este hospital van aparejados la actividad y el orden. Dos ó tres cirujanos laboran á la vez en ellas, y, sin embargo, en ningún momento existe confusión. Son las enfermeras las que, organizadas en equipos, conducen los enfermos á las salas, los preparan para la intervención, anestesian cuando es preciso, se ocupan del instrumental, etc., etc.

El Dr. Bosch Arana es un partidario decidido de la raquianestesia y de la anestesia por infiltración de troncos. Prosigue su labor de cinemática de muñones, obteniendo resultados tan brillantes como los que tuvimos el gusto de comprobar en los films que el año anterior nos trajo.

Muy interesante fué la visita al Hospital *Argerich*. Es este hospital un minúsculo establecimiento al lado de los otros. Se halla radicado en el barrio de la Boca, próximo al puerto, barrio habitado por gente pobre, y donde se da un gran contingente de traumatismos. Y, sin embargo de su reducida capacidad, la actividad es muy grande, tanto en los dispensarios externos como en las enfermerías. Más de veinte mil asistencias se habían practicado el año anterior. Las estadísticas operatorias con tres ó cuatro intervenciones diarias confirmaban ese juicio. Tiene enfermerías de hombres y mujeres, Maternidad que dispone de personal muy competente, y se está procediendo á una ampliación del mismo, creando con donativos un nuevo servicio operatorio.

El hospital *Pirovano*, el T. Alvarez, el Salaberry, vienen á completar esta notabilísima organización nosocomial, la cual tiene un magnífico complemento en el *Tornú*, hospital dedicado exclusivamente á tuberculosos, y escuela de Tisiología ya de abolengo; en ese hospital se está construyendo una maternidad modelo para enfermas tuberculosas gestantes.

Ese es el aspecto hospitalario de la asistencia pública. Pero ese no es el único ni mucho menos, como vamos á ver en la rápida reseña de otros servicios.

La lucha antituberculosa ha sido organizada por la Institución de que nos estamos ocupando, del modo siguiente:

El eje de la lucha son los dispensarios, de los cuales uno existe en la casa central y cinco fuera de ella. Como consultorios externos que son, á ellos acuden toda clase de enfermos de aparato respiratorio. Allí se identifican los tuberculosos, se les clasifica, se toma nota de su domicilio y desde ese momento no se les abandonará jamás. Se les proporciona medicamentos; pero además, se les suministra alimentos, hecho de gran importancia para que resulte efectiva la actuación de la Medicina en esos procesos. Se les desinfecta sus ropas y habitación.

Si el enfermo no puede ir al dispensario, y éste tiene conocimiento de casas ó cuartos habitados por enfermos, envía á sus médicos inspectores para cerciorarse de visu, exa-

minarlos y asistirlos después, en caso de no poder ser trasladados.

Se hace propaganda intensa por medio de avisos impresos, conferencias, etc., ejerciendo una acción cultural de un valor inapreciable en la profilaxis de la enfermedad. Por medio de sus *enfermeras visitadoras* llevan frecuentemente á los hogares afectados consejos prácticos á fin de cortar el contagio y hacer un estudio de la familia y de sus necesidades, distribuyendo cuando se pueda á algunos de sus miembros en los hospitales, preventorios, colonias, etc., que corresponda.

El enfermo con lesiones excesivamente avanzadas es trasladado al hospital de graves *Muñiz*. Si hay en cambio probabilidades de curación lo será al hospital de curables (Tornú).

Una vez que el enfermo esté en vías de curación pasa á la *Colonia de convalecientes*, donde se reeducará para el trabajo por medio de una labor moderada. Allí se le retribuirá con un pequeño salario que acumulándose le permitirá tener á la salida un fondo para atender á sus necesidades.

Si en el lugar infectado existe alguna mujer en gestación avanzada, es trasladada á la *Maternidad* del Hospital Tornú, y una vez que da á luz si está sana, será restituida al lugar de su procedencia.

En cambio, el hijo nacido quedará tutelado por la Asistencia pública hasta su adolescencia, sometiéndole á un plan que pudiéramos llamar de comunismo sanitario.

Se empezará por *colocarle al cuidado de una familia sana y robusta* que le criará bajo el control de uno de los dispensarios de lactantes y á expensas de la Asistencia pública hasta la edad de dos años. Entonces se iniciará para el niño una época en que requerirá atenciones intermedias entre la primera edad y la de la edad escolar. La observación de ese niño se llevará á cabo en el *Preventorio*. Allí se revelará su temperamento, su manera de reaccionar ante los agentes externos de todo orden y especialmente ante el bacilo de Koch, de tal manera que cuando llegue el momento de comenzar la vida escolar será fácil clasificarlo para determinar el rumbo que deberá seguir al abandonar definitivamente el Preventorio.

Entonces unos irán á las *Colonias escuelas marítimas*, y otros á las *Colonias escuelas de campo ó montaña*, según el predominio patológico ganglionar ó catarral que ostenten.

Una vez curados los padres y reconstituídos y preparados para el porvenir los hijos, se reconstituirá la familia, que no ha sido perdida de vista por el Dispensario.

El Estado les cederá en buenas condiciones un terreno en territorio nacional y allí podrán proseguir una vida modesta pero sana al abrigo de recaídas y de infecciones.

Toda esta inmensa labor antituberculosa está en función en su mayor parte. Falta terminar la Maternidad del Hospital Tornú y el Preventorio que se construirá con un legado de un señor Rocca, el cual dejó á la Asistencia pública un solar ubicado en las calles Gaona y Seguro y la suma de ochocientos mil pesos.

Para toda esta acción que es, además de médica, social, la dirección de la Asistencia pública se ha puesto en relación con otras Instituciones que le sirven de colaboradoras. Así la Sociedad Escuelas y Patronatos ha cedido para la protección del niño pretuberculoso en edad escolar, las Colonias de Bella Vista, Lourdes, Santos Lugares y Colonia de Centenario de Río Cevallos. La Cruz Roja argentina suministra sus enfermeras visitadoras; la Sociedad Cantinas Maternales proporciona á las madres pobres salidas de los hospitales una alimentación sana que las ponga en condiciones de alimentar á su vez á los hijos, etc.

La *Asistencia Maternal á domicilio* ha sido creada por

iniciativa de los concejales Sres. Gallo y Manacorda. Está ya funcionando en Madrid desde hace años con el Cuerpo de tocólogos municipales, pero la organización de la misma en Buenos Aires tiene otro aspecto.

El mecanismo es el siguiente: La mujer que cuenta con escasos recursos (y en esto la Asistencia pública deja un gran margen para tener derecho al servicio) cuando llega al sexto mes de su gestación se inscribe en el Hospital ó Casa de Socorro correspondiente al radio que habita.

Si el médico encargado de ese servicio, en virtud de los informes de la partera que ha pasado á visitar á la interesada, cree que puede ser asistida en su domicilio en el trance del parto, manda que se entregue á la gestante un *trousseau* de partos perfectamente preparado y que queda de propiedad de la enferma para cuando el caso llegue; cuando la habitación no reúne las condiciones necesarias, la mujer es internada en la Maternidad del Hospital correspondiente. Para este servicio existen 10 Maternidades con 10 jefes, 10 médicos de asistencia domiciliaria y 40 parteras.

Complemento de esta labor de puericultura intrauterina, es la de los *Dispensarios de lactantes* y los *Institutos de Puericultura*. Los primeros son 20, aparte los que funcionan á cargo de la Sociedad de Beneficencia en el Hospital de Niños, y los segundos son cinco. Los consultorios de dichos dispensarios funcionan todos los días, habiendo acudido en el último año cerca de 24.000 niños. Cuando alguno de éstos requiere una asistencia inmediata por enfermedad ó por haberse presentado dificultades serias en la alimentación, son internados con sus madres ó puestos al cuidado de las nodrizas de la Asistencia en los cinco Institutos colocados en los distintos barrios de la ciudad.

En los dispensarios de lactantes, no sólo se presta asistencia médica y se provee de medicamentos, sino que se administran debidamente preparados y en envases adecuados los alimentos que por circunstancias especiales no pueden ser debidamente preparados por las madres. En este concepto se distribuyen hasta 10.000 raciones por día.

No termina aquí la acción del Dispensario: 23 auxiliares inspectoras visitan diariamente los hogares de los niños inscritos, dándose cuenta de cómo se cumplen las instrucciones de los médicos y aconsejando las medidas higiénicas que se creen convenientes.

Estas auxiliares pasan un parte diario á la oficina central, siendo éste controlado por tres inspectores generales que efectúan visitas por sorpresa en los domicilios que figuran en él. Como delegado del director para este servicio figura el eminente profesor Silvestre Oliva.

La *lucha antivenérea*, á cuyo frente se halla el Dr. Daniel Torrello, funciona con 20 dispensarios distribuidos en distintos puntos de la capital. Los siguientes datos estadísticos dan idea de la vasta labor desarrollada por este organismo:

Enfermos atendidos.....	176.825
Curaciones.....	326.024
Operaciones.....	624
Exámenes microscópicos.....	1.140
Cultivos.....	491
Reacciones de Wassermann.....	1.197
Inspecciones de lenocinios.....	26.425

La *Inspección técnica de higiene* comprende una serie de departamentos encargados de la vigilancia, saneamiento y desinfección de casas y habitaciones desocupadas, locales de espectáculos públicos, vehículos, casas de compra-venta y de remates, iglesias, colegios, tranvías, etc. En este sentido, la Asistencia pública roza las atribuciones del Departamento nacional de Higiene, mas en último término, ello beneficia la salud pública. En gráficos que nos mostró el

director Dr. Zubizarreta aparece la labor intensa de esa sección que cuenta con un numeroso cuerpo de desinfectores, máquinas y trenes sanitarios, aparatos para formolización, dispositivos para desratización, etc. En el año último se desinfectaron cerca de 1.000 casas, más de 500 locales de espectáculos, 150 casas de compraventa, cerca de 500 templos, mil y pico de hoteles, etc.

La campaña *antivariolosa* ha sido emprendida con una intensa propaganda llevada á cabo por medio de carteles, tarjetas postales, aforismos sanitarios en billetes, cajas de fósforos, etc.; de modo que todo el mundo conociera el peligro varioloso y la eficacia de la vacunación para combatirlo. Efecto de dicha propaganda ha sido el hecho de haberse vacunado en un año más de 50.000 personas y revacunado cerca de 200.000.

La *protección al valetudinario* está en las Colonias Rodríguez é Itzaingoy; y la *protección al mutilado* que se lleva á cabo en menor esfera que en nuestro país, si bien está en plan la creación de institutos de reeducación de inválidos, tiene, sin embargo, su real y efectiva acción en algunos hospitales donde ilustres cirujanos proceden á la preparación de los muñones para una cinematización que permita hacer útil al amputado.

La Asistencia pública se preocupa de la *higiene individual* proporcionando baños gratis á cuantos lo soliciten. Dichos baños funcionan á diario desde las ocho hasta las veinte y en ellos se provee á los concurrentes de agua caliente y fría, toalla y jabón, todo absolutamente gratuito. En el último año se anotaron la presencia de 850.000 bañistas.

La *profilaxis alimenticia* dispone de una sección veterinaria á cargo de la cual se efectúan diariamente unas 6.000 autopsias en Mataderos de Liniers.

Aparte esto, se lleva á cabo una *rigurosa inspección en mercados*, carnicerías, fábricas de embutidos, lecherías, frigoríficos, etc.

Como consecuencia de dicha inspección se decomisaron en la última semana del año pasado 2.500 aves de corral, 6.000 docenas de huevos, 100 toneladas de frutas, 8.000 kilos de embutidos y carnes putrefactas, 5.000 litros de leche, 15.000 cabezas y vísceras tuberculosas, 200 bovinos y 210 cerdos. Además se clausuraron cuatro fábricas de pasteles y dulces y se impusieron 260 multas por infracciones.

El hecho de constituir la leche el principal alimento de la infancia, ha merecido una especial atención por parte de la dirección. El control que se hacía en las calles daba lugar á incidentes con los lecheros, que alegaban la injusticia de cualquier medida que se tomara contra ellos por no ser culpables de la adulteración que venía ya efectuada por el tambero ó abastecedor. Propusieron que la municipalidad analizara el producto en las estaciones, y que si eso se hacía, ellos se someterían á la sanción penal correspondiente á una sofisticación comprobada después de ese examen previo á la entrega de leche para la venta.

Tomada en consideración esa propuesta, se establecieron casillas-laboratorios en todas las estaciones que descargan el producto dentro de la población. Allí se comprueba la pureza de la leche que ha de darse á la venta; y una vez efectuada ésta, toda alteración es severamente castigada.

Tal es, señores, á grandes rasgos diseñada, la Organización Sanitaria Municipal de Buenos Aires. Toda gran urbe que quiera tener algo parecido deberá comenzar por centralizar los servicios en un organismo directivo técnico autónomo y confiado á persona versada en estos asuntos, y á quien se le dé amplias facultades y confianza plena para que los desarrolle y lleve á término según un plan armónico y meditado.

Sobre un pretendido síndrome nervioso nuevo (Réplica á una crítica del Dr. D. J. M. Villaverde)

FOR

J. SANCHÍS Y BANÚS

El Dr. D. J. M. Villaverde me ha hecho el honor, que muy sinceramente le agradezco, de criticar uno de mis trabajos, con la misma furiosa agresividad con que antes arretrató contra todas las personas de alguna significación científica y profesional en la Neurología española; así no es, pues, extraño que yo le estime en mucho su alegato y el tono en que está hecho, porque ambas cosas constituyen para mí una verdadera consagración.

No hay en todo el farragoso escrito de mi colega más allá de dos razones dignas de réplica meditada; todo lo demás de su trabajo está construido á expensas de ironías, insinuaciones y apasionamientos de un valor científico nulo, que revelan, además, el lamentable olvido que el Dr. Villaverde ha sufrido de nuestra posición profesional y científica: declaro terminantemente que yo no hubiera sido capaz de criticar ninguna de las muchas producciones criticables del Dr. Villaverde en el tono magistral que mi colega utiliza para dirigirse á mí, sin pensar en que ese registro de voz sólo pueden usarlo en España, desgraciadamente, muy pocas personas, entre las cuales no se encuentra mi distinguido compañero.

Contestaré, pues, á la totalidad de la crítica del doctor Villaverde cuándo, dónde y cómo me convenga; pero anuncio desde ahora á mi colega que tomaré mis precauciones para evitar su evasión ideológica, tan fácil en algunas controversias cuando uno de los que discuten puede llegar á encontrarse sin otras razones que manejar que su propia pasión. También espero dejar patente, que si hay riesgos en escribir con ligereza, los hay, y no menores, en dar lecciones á quien ni las pide, ni las admite, sino del cierto número de personas á las que llama maestros con los labios y con el corazón.

Enfermedad de Waren Tay-Sachs ó amaurosis de la idiotez familiar

FOR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT (de Madrid).

La enfermedad de Waren Tay-Sachs ó amaurosis de la idiotez familiar, es una afección á la vez ocular y cerebral que se presenta bajo dos tipos clínicos. Uno, el que pudiéramos llamar verdadero ó *típico*, por fortuna muy poco frecuente, está caracterizado porque ataca á los niños pertenecientes á familias en las que se desarrolla esta enfermedad y en los que en el curso del primer año de la vida aparece un triángulo sintomático, consistente en una *debilidad muscular progresiva*, que llega hasta el período paralítico, á la vez que una *idiotez y una ceguera completas*; muriendo, de ordinario, estos enfermitos, en el curso del segundo año, á consecuencia de *caquexia*. El examen oftalmoscópico revela la presencia de una mancha blanca, de forma ovalada y de dirección transversal que ocupa la región macular y en cuyo centro existe una manchita oscura que corresponde á la fovea, á la vez que una atrofia total de la papila. La afección se presenta por igual en ambos ojos.

El otro tipo clínico, con mucho el más frecuente, es el

atípico; y en éste caben todas las combinaciones entre uno, dos ó todos los síntomas del trípede esencial de la afección, con otras manifestaciones, tanto oculares (nistagmus, degeneración pigmentaria de la retina, catarata congénita, colorboma de las membranas ó partes del ojo, estrabismo, etc.), como extraoculares (microcefalia, enanismo, dedos suplementarios, alteraciones del tejido adiposo, del aparato genital, etc.); ó bien existe el completo clínico de la afección, pero uno ó dos de los síntomas están solamente esbozados ó retrasados en su aparición; ó bien la supervivencia es más larga, etcétera, etc.

Al tipo clínico atípico pertenecen tres de los casos dados á conocer recientemente por el Dr. Duarte Salcedo (1) (de Granada), y los dos últimos de este trabajo.

OBSERVACIÓN 1.^a.—*Enfermedad de Waren Tay-Sachs en período de caquexia*.—La niña J. H., de dos años, natural de Zurgena (Almería), fué presentada por su madre, mujer de mísera posición social, el día 18 de Septiembre de 1917, en nuestra consulta.

El cuadro clínico que esta niña presentaba es de los que no se borran de la memoria. Estaba completamente parálitica de la cuatro extremidades, sin poderse tener en pie, ni coger nada con las manos; y además presentaba una marcada paresia facial doble, cayéndosele la saliva de la boca. La inteligencia era nula: no hablaba y solo emitía gritos inarticulados, semejantes al de los animales. No conocía á sus familiares y presentaba el aspecto de la *idiotéz completa*. La visión estaba totalmente abolida y con el oftalmoscopio se observaba una atrofia total de la papila y una mancha blanca de mayor tamaño que la papila, de forma elíptica, de eje mayor transversal, situada en la región macular y en cuyo centro existía una pequeña mancha oscura y redondeada que correspondía á la fovea (signo de Sachs). Esta mancha blanquecina de la región macular estaba bordeada de un ancho marco pigmentario. Estas lesiones eran iguales en ambos ojos.

El estado general era muy grave, ofrecía un verdadero aspecto de *consunción* y de *marasmo*, siendo de esperar un funesto y rápido desenlace.

Dada la gravedad del estado general y la incurabilidad de la afección ocular (y total), en el acto marchó esta pobre mujer á su pueblo, sin ser posible obtener una fotografía de la enfermita.

Antecedentes.—Según los datos que nos suministró la madre, la niña nació sana y al poco tiempo le notaron una flojedad en las piernas y en los brazos, que poco á poco fué en aumento, así como que no fijaba la mirada en los objetos que se le mostraban, ni comenzaba á hablar, sino que, por el contrario, cada día estaba con menos conocimiento, y, ya por último, no podía alimentarla bien y que por eso estaba tan desnutrida.

Los antecedentes hereditarios y familiares, al decir de la madre, mujer de escasa mentalidad, eran negativos con respecto á la enfermedad que la niña padecía, impidiéndonos la falta material de tiempo haber investigado la reacción de Wassermann, la punción lumbar, etc.

Como se ve por la descripción que antecede, éste es un caso verdaderamente típico de la enfermedad de Waren Tay-Sachs, con su sintomatología completa: *parálisis, ceguera é idiotéz* y ya entrado en el período final ó de *caquexia* de la afección.

OBSERVACIÓN 2.^a.—*Enfermedad de Waren Tay-Sachs con degeneración pigmentaria de la retina y nistagmus incipiente*.—Este caso presenta algunas particularidades. En primer término, el ser único en la familia, así como el haber sido observado al comienzo de la afección, cuando aún no habían hecho su aparición los trastornos paráliticos ni men-

tales. Además, se acompaña de otras dos manifestaciones oculares, una de naturaleza degenerativa (degeneración pigmentaria de la retina) y otra de carácter funcional (nistagmus).

Aquí existe como única, á la vez que problemática etiología, la consanguinidad de los padres.

Los caracteres oftalmoscópicos de estas dos afecciones degenerativas de la retina, amaurosis de la idiotéz familiar y degeneración pigmentaria de la misma, están perfectamente constituidos en este enfermito, no así el nistagmus, que parece estar en período de formación, quizá por ser en esta época de la vida cuando se establece la visión binocular.

Y. A., niño de seis meses de edad, natural de Canjajar (Almería), fué presentado por sus padres en nuestra consulta el día 12 de Mayo de 1919. Estos nos manifiestan que desde hace cuatro meses están con disgusto porque creen que el niño no ve.

Antecedentes.—Los padres son primos carnales y es el primer hijo que tienen. El tiene veintinueve años y ella diez y ocho. Hace año y medio que se casaron. El embarazo y parto de este niño han sido buenos. En las familias respectivas del padre y de la madre no existen antecedentes visuales de ninguna clase.

El estado general del niño es bueno: bien desarrollado, vivaracho, con movimientos normales del tronco, cabeza y miembros. La fontanela bregmática comienza á osificarse y el cráneo tiene las dimensiones ordinarias.

Por parte del aparato de la visión no se observa nada al exterior, excepción hecha de un esbozo de *nistagmus oscilatorio horizontal*.

La visión, en cambio, queda reducida en ambos ojos á la percepción luminosa.

En el fondo de ambos ojos se encuentran grandes alteraciones. Así, en el derecho la papila está totalmente atrofiada, conservando sus dimensiones normales y presenta una coloración blanca intensa: los vasos son filiformes. En la región macular se observa una manchita circular negra, rodeada de una extensa zona elíptica de color blanco, de eje mayor horizontal y de dimensiones dobles que la papila, bordeada esta zona blanquecina de un delgado anillo (especie de rodete) de pigmento (signo de Sachs). La retina presenta desde las inmediaciones de la mácula, en la parte externa, y desde alguna distancia de la papila (como dos ó tres diámetros papilares), en la parte interna, hasta el ecuador del ojo, los abundantes y típicos dibujos pigmentarios propios de la degeneración de esta naturaleza de la retina. En el ojo izquierdo existen idénticas lesiones en la papila y retina, si bien las de la mácula no son tan perfectamente marcadas como en el ojo derecho; sin embargo, se comprueba en ella las tres zonas: una central pigmentaria que corresponde á la fovea, una segunda más extensa completamente blanca y, por último, un rodete pigmentario periférico.

Investigando la etiología de la afección, si bien existía el dato de la consanguinidad de los progenitores, se le mandó hacer una reacción de Wassermann al padre, la que resultó negativa, así como todas las exploraciones é interrogatorio que al matrimonio se le hicieron.

Posteriormente no hemos vuelto á saber de este enfermito, lo que nos impide el catalogar su afección dentro de la enfermedad de Waren Tay-Sachs tipo, ó por el contrario clasificarla como un caso atípico de la misma; pues no cabe duda de que el trípede ocular de amaurosis, atrofia blanca de la papila y degeneración característica de la mácula, en ambos ojos, son patognomónicas de dicha afección, aunque los trastornos mentales y paráliticos no hubieran hecho aún su

presentación. En este supuesto, la degeneración pigmentaria de la retina sería una lesión degenerativa más, dentro del terreno verdaderamente degenerativo que debe corresponder á la amaurosis de la idiotez familiar. En cuanto al nistagmus, no tiene otra significación que la de síntoma obligado en toda disminución considerable (ambliopía) de la agudeza visual.

OBSERVACION 3.^a — *Enfermedad de Waren Tay-Sachs, con microcefalia y doble estrabismo convergente.*—G. B., niño de dos años y medio, natural de Madrid, fué presentado por su madre en nuestra consulta el día 8 de Marzo de 1922, diciéndonos que su hijo no veía bien y que le traía por si tuviese remedio su enfermedad.

Antecedentes.—Este niño es hijo único (la madre ha tenido varios abortos) y está desde poco tiempo de su nacimiento con una debilidad muscular muy acentuada, encontrándose imposibilitado de andar y con pocas fuerzas en las manos. Desde entonces le están dando corrientes eléctricas.

La inteligencia la tiene poco desarrollada en relación con su edad: siempre está riendo. El vientre está abultado y ofrece un gran desarrollo del pániculo adiposo subcutáneo. El cráneo es visiblemente pequeño y la fisonomía presenta un marcado aspecto de imbecilidad. (Véase la fotografía).



Los ojos están en estrabismo convergente, al parecer por espasmo de la convergencia y la visión muy disminuida, pues apenas si ve. Por oftalmoscopia se comprueba una palidez muy acentuada en la papila y la presencia de la típica mancha blanca de la región macular con su mayor pigmentación en el centro y bordes (signo de Sachs), en ambos ojos.

Esta historia clínica no pudimos completarla con observaciones posteriores porque al enviar á retratar al enfermito la madre se negó á que su hijo pudiera servir de estudio y no volvió á la consulta.

Los tres casos á que se refiere esta modesta publicación

son muy expresivos y nos sirven para recordar ciertos extremos relacionados con esta rara afección, cuya casística es muy escasa, á pesar de ser conocida desde 1881, que el oculista inglés Waren Tay la describió y de los notables trabajos de Goldzieher, Knapp, Magnus, Mohr, Sachs, Provotelle, Dapuy Dutemps, Lavat, etc., á los que hay que añadir el del Dr. Duarte Salcedo (loco citato). Pues bien, en 1908 en la «Encyclopedie Française d'Oftalmologie» (2) se indica la cifra de 50 casos como el número de los publicados hasta aquella fecha. El Dr. Duarte Salcedo, en su publicación del año actual, refiere que desde el trabajo de Sachs (1887) hasta entonces, se habrían dado á conocer una cincuentena de observaciones. El Dr. Lavat, de París (3), dice que Provotelle en su tesis (1906) reunió hasta 80 casos.

Y en la fecha del artículo dedicado á esta afección por los Dres. Dufour y Gonin (de Lausanna), en la «Enciclopedia Francesa de Oftalmología», estos autores afirman que de los 50 casos publicados hasta entonces no pertenecía ninguno á países de lengua latina. Posteriormente están los casos de Lavat en Francia (si bien el enfermito era israelita), los cuatro de Duarte Salcedo y los tres que motivan esta publicación, que nosotros conocemos.

Por los diversos autores se ha dicho que la influencia de raza contribuiría á la carencia de esta afección en los países latinos, dada su casi constante presentación en los israelitas. No es esta una razón de peso para creer que la raza judía sea la que predisponga á la enfermedad, sino la frecuencia de los matrimonios consanguíneos entre los judíos, al igual que ocurre en nuestra patria, en las aldeas y pueblos pequeños donde la escasez de población hace que sean muy frecuentes los matrimonios entre las familias; y de esta misma opinión es el Dr. Duarte Salcedo.

Por tanto, la consanguinidad parece ser la que da el mayor contingente en la etiología de la enfermedad de Waren Tay-Sachs, al igual que ocurre en la mal llamada retinitis pigmentaria y en otras tantas afecciones de naturaleza degenerativa. Claro es, que la sífilis, el alcoholismo y la herencia nerviosa son también motivos de padecer éstas y otras alteraciones muy frecuentemente, aunque también existan otras causas menos numerosas y hasta ahora enigmáticas.

Por otra parte, el carácter de enfermedad familiar determinado en los trabajos de Waren Tay y de Sachs, no se encuentra en todas las observaciones; unas veces por ser el enfermo el primero de una familia, como en nuestra observación segunda; ó por ser hijo único, nuestra observación tercera; ó porque en realidad aparezca en un caso aislado y en adelante pudiera transmitirse por individuos colaterales en generaciones sucesivas, etc., etc.

Con respecto á la sintomatología, y hoy que ha pasado tiempo desde las publicaciones madres (la de Waren Tay y la de Sachs) de esta cuestión, y que se tiene una experiencia más grande, se comprende sin esfuerzo que el criterio demasiado cerrado de amaurosis, parálisis é idiotez, llegando en el curso del segundo año al estado de marasmo y de muerte, no puede admitirse de un modo absoluto, puesto que hay casos que caben perfectamente dentro de los que al principio de este artículo denominábamos típicos por tener su sintomatología completa, y tienen una mayor supervivencia, por ejemplo, nuestra observación tercera; y que por otra parte son muy numerosas las observaciones en las que al lado de uno, dos ó los tres síntomas fundamentales de la afección se suman otros también de filiación degenerativa; ó bien que los síntomas puros de la enfermedad sólo estén esbozados, atenuados ó retrasados en su presentación, sin que por eso se pueda en buena patología excluirlas de la llamada amaurosis de la idiotez familiar, aunque se les in-

cluya en la denominación de atípicos. Hay que tener en cuenta que la naturaleza no marcha dentro ni fuera del organismo á saltos, sino por transiciones suaves é insensibles, encontrándose siempre completos todos los eslabones de la cadena unitiva entre el estado normal y las más grandes desviaciones patológicas.

Y por lo que se refiere al síntoma especial de la mancha blanca, con el centro (y en ocasiones con los bordes) pigmentado, considerado por Sachs y otros autores (signo de Sachs) como patognomónico, no puede admitirse tampoco este parecer porque se citan muchos casos en los que no ha sido observado (de Batten (4), Duarte Salcedo y otros).

Existe, en cambio, otro síntoma que es relativamente frecuente y es la presencia de los dibujos pigmentarios propios de la degeneración pigmentaria de la retina encontrada en tres casos por Stock y en uno (observación 2.^a) por nosotros.

Sin embargo, lo más interesante (si bien lo es todo) de esta rara afección, es lo concerniente á la anatomía patológica. Los exámenes histológicos recientes de Verhoeff y Coats (1916), han demostrado por lo que se refiere al ojo, que la mancha blanca de la región macular tiene por causa la degeneración de la capa de las células ganglionares de la retina, con atrofia secundaria de las fibras ópticas; siendo debida la manchita oscura central, no más que al contraste entre la fovea (en cuyo fondo faltan las células ganglionares y á su través se percibe el pigmento retiniano y la vascularización de la coroides) y la zona circundante. Al mismo fenómeno del contraste es debido el rodete oscuro que limita muchas veces la mancha macular, puesto que la pigmentación de esta región es siempre mayor que la del resto de la retina y parecen conservarse las zonas más excéntricas de la misma. Al decir de los autores, en esta afección existe, al igual que en la atrofia tabética de la papila, una degeneración primitiva de las células ganglionares de la retina.

Un fenómeno degenerativo parecido se encuentra, á su vez, en las células piramidales del cerebro y una disminución muy marcada de la substancia blanca de los centros nerviosos.

En suma, la enfermedad de Waren Tay-Sachs es una afección esencialmente degenerativa, cuya etiología precisa se desconoce, de marcha progresiva, de evolución rápida (en los casos típicos) y de terminación fatal; sin que dispongamos en la actualidad de una terapéutica apropiada para combatirla.

Bibliografía.

1. Dr. Duarte Salcedo (de Granada): «A propósito de la enfermedad de Tay-Sachs». *La Medicina Ibero*, Enero de 1924, pág. 1.^a.
2. Dres. Dufour y Gonin (de Lausanna): «Amaurose de l'idiotie de famille (maladie de Waren Tay-Sachs)». *Encyclopedie Française d'Ophthalmologie*, tomo VII, pág. 321.
3. Dr. Lavat: «Un cas d'idiotie amaurotique familiale». *Bulletins et Memoires de la Société Française d'Ophthalmologie*, 1921, pág. 389.
4. Dr. Balten: «Association de maladie familiale du système nerveux et de l'oeil». *Annales d'Oculistique*, 1917, página 184.

CLÍNICA INFANTIL

RAQUITISMO Y ANEMIA DE JAKSCH-HAYEM

(COMENTARIOS A UNOS CASOS CLÍNICOS)

PER EL

DR. EMILIO ZAPATERO,

Médico titular de Mucientes (Valladolid).

La abundancia en esta localidad de casos de raquitismo y la frecuencia con que he observado la asociación de la anemia de Jaksch-Hayem, me ha llevado á estudiar la relación etiológica que pueden tener ambas afecciones y tratar de poner en claro si, en efecto, hay relación patogénica.

Cuestión ha sido esta muy debatida por plantearse en seguida el siguiente dilema: ¿Es la anemia una anemia «secundaria»? ¿son anemia y raquitismo dos entidades clínicas independientes que coexisten por tener relaciones patogénicas? He aquí planteada la cuestión, y vamos á tratar de abordarla, aunque no se me oculta las dificultades que ofrece por no conocerse aún muy á fondo la etiología del raquitismo.

Expondremos primero el estado actual de las ideas sobre la etiología de ambas enfermedades; después expondré los casos observados y, por último, enunciaremos las conclusiones que deduzcamos.

El profesor Pfaundler, en su clasificación de las anemias, incluye la de Jaksch-Hayem en el grupo «Anemias hemocitóticas y mielopáticas», como anemia toxógena, en unión de la hemoglobinuria paroxística (hemocitótica), y las anemias secundarias ó concomitantes, la de Biermer, el tipo aplástico, la alimenticia de Czerny, y un último «subgrupo» formado por la anemia hemolítica familiar, la enfermedad de Banti-Senator y la megaloesplenía de Grancher-Schlagenhauer.

Pfaundler, pues, la considera como anemia toxógena, ó sea que la coloca entre las anemias provocadas por venenos de la sangre, ya sean ectógenos, ya endógenos; ahora bien, estos venenos los considera de dos clases: unos que obran produciendo una disolución intravascular de los glóbulos rojos en virtud de su acción hemocitótica, y otros que obran produciendo una destrucción prematura de los glóbulos rojos, pero ejerciéndose la acción nociva no dentro de los vasos, sino sobre el hígado, el bazo y la médula ósea; sobre los órganos hematopoyéticos, en una palabra, y aquí coloca á la anemia de Jaksch-Hayem, que se llama así por haberla descrito al mismo tiempo y con la denominación de «Anemia pseudoleucémica de los infantes» Jaksch y Hayem, Luzet.

Suelen mencionarse como factores etiológicos de esta enfermedad la tuberculosis, sífilis, fiebre tifoidea (con otras enfermedades infecciosas), la helmintiasis, los trastornos crónicos de origen alimenticio y las intoxicaciones; es decir, enfermedades que aminoran la actividad corporal y psíquica y que son frecuentes allí donde abunda la miseria fisiológica, el abandono y las modificaciones perjudiciales del método natural de vida; vemos aquí ya que análogas circunstancias favorecen la aparición del raquitismo y que, por lo tanto, esto ya dice una relación etiológica estrecha con la afección de Jaksch-Hayem.

La enfermedad que nos ocupa se da casi exclusivamente en los niños criados al biberón, y es frecuente en los barrios pobres de las ciudades; analizando lo que significa esto de su frecuencia en los niños alimentados por medio de la lactancia artificial y en los criados en los barrios pobres de las ciudades, nos encontramos con los siguientes factores: ali-

mentación viciosa y sus consecuencias (enteritis, gastroenteritis, infecciones..., etc.); defectuoso régimen de vida y asistencia (habitaciones pequeñas y de construcción refida con los más elementales preceptos de la higiene, hacinamiento de personas..., etc.); y, sin considerar las grandes ciudades, en esta localidad (unos mil trescientos habitantes) la frecuencia de los casos por mí observados, ¿a qué se debe? Pues sencillamente a lo siguiente: este pueblo ocupa la extensión que puede ocupar uno de la mitad de habitantes, las viviendas están aprovechadas hasta lo inverosímil, y a medida que ha ido habiendo escasez de ellas, no se han construido nuevas, sino que se han aprovechado las existentes; consecuencia de esto: habitaciones pequeñísimas, escasa o casi nula ventilación, dada la pequeñez de ventanas, y, por lo tanto, poca luz; además, la vida exclusivamente agrícola del pueblo, en cuyas faenas se emplea toda la familia, da por consecuencia un abandono de los niños que dura todo el día...; en fin, estas condiciones en que nacen los casos de anemia, ¿no son también ideales para la aparición del raquitismo? Yo contesto a esta pregunta (que se contesta sola) diciendo que no he visto raquítico sin anemia, en mayor ó menor grado, ni anémico sin estigmas de raquitismo; ¿queda, pues, bien demostrada la estrecha analogía que guardan en su aparición la anemia de Jaksch-Hayem y el raquitismo? Como contestación transcribiremos un párrafo de Pfaundler hablando de la anemia de Jaksch-Hayem: «Como pueden encontrarse alteraciones raquíticas del esqueleto en casi todos los cadáveres de niños durante el período de desarrollo a que corresponde esta enfermedad, la asociación de la anemia pseudoleucémica con el raquitismo no tiene nada que deba sorprendernos...»

Vistas las relaciones etiológicas, tratemos ahora de ver si las hay patogénicas, y comenzaremos sentando la dificultad que al estudio de esta cuestión ofrece la incertidumbre que aún existe sobre la patogenia del raquitismo.

De todo lo expuesto, parece deducirse que lo primitivo en ambas enfermedades son las manifestaciones infecciosas y distróficas del primer año de la vida; la serie de estos trastornos nos puede producir, por un lado, el raquitismo y por otro, la anemia de Jaksch-Hayem, en el período del desarrollo; tan transcendental que corresponde a la terminación del primer año de la vida; ahora bien, ha de existir en el niño de una manera congénita una predisposición; a esta consecuencia nos lleva el análisis de las innumerables hipótesis emitidas para explicar la patogenia del raquitismo (y que no creo oportuno relatar aquí); en todas las hipótesis se ve tendencia a demostrar que el raquitismo no es una afección limitada exclusivamente al sistema óseo, y ninguna de esas hipótesis se opone a que haya en otros sistemas alteraciones que corresponden a la alteración que impide la calcificación del esqueleto; por ejemplo, la anemia; y, en efecto, un grupo de manifestaciones muy frecuentes en el raquitismo está constituido por palidez cutánea, oligocitosis, oligocromenia, poiquilocitosis, policromasia, leucocitosis acentuada (se eleva hasta 20.000), mononucleosis (hasta 20 por 100); tumefacción muy acentuada del bazo y del hígado, el primero ofrece un infarto duro de bordes agudos, el segundo de consistencia más blanda; hiperplasia de ganglios linfáticos...; en una palabra: el cuadro de la anemia de Jaksch-Hayem.

Vemos, pues, cómo igualdad de condiciones dan lugar a la aparición de raquitismo y de anemia y cómo, frecuentemente, se asocian ambas afecciones, evolucionando paralelamente; pero aún hay más: está comprobado que, en estos casos, el raquitismo alcanza de una manera constante grados por lo menos medianos, pero ordinariamente muy

acentuados y persistentes en una forma evidente, aun bajo el concepto clínico, hasta el segundo ó tercer año de la vida; detalle éste de suma importancia ya que indica cómo el raquitismo es influenciado por la anemia, y esto, a su vez, nos dice de estrechas relaciones entre ambas enfermedades; ahora bien; ¿de qué naturaleza son estas relaciones? Pregunta es ésta que los conocimientos actuales de la patogenia del raquitismo no nos permite aún contestar; esperemos que el constante avance de la ciencia nos aclare este punto y entonces podrá erigirse sobre él una terapéutica eficaz.

Pasemos ahora a ver los casos más salientes de los por mí observados para deducir, después, las conclusiones:

Observación 1.^a.—Niño de catorce meses, afecto de una gastroenteritis; la exploración da los datos siguientes: vientre abultado, hígado y bazo abultados de volumen, sobre todo el bazo; hay atonía y atrofia musculares; piernas en arco; rosario raquítico; persistencia de la pequeña fontanela; extraordinaria palidez de la piel y mucosas; dentición muy retrasada, pues no tiene más que dos incisivos que le brotaron hace un mes.

Observación 2.^a.—Niño de diez y seis meses afecto de una bronquitis. Exploración: considerable aumento de volumen del vientre, con hiperplasia del bazo que llega al ombligo, el hígado apenas sobrepasa el reborde costal, infartos ganglionares en cuello é ingles, coloración terrosa de la piel y extraordinaria palidez de mucosas; cabeza grande y cuadrada con predominio del cráneo sobre la cara, atrofia muscular muy acentuada, ligero grado de osteomalacia en ambas tibias; nada de dentición. Muerte por bronconeumonía.

Observación 3.^a.—Niña de tres años, viene a consulta por hernia umbilical. Exploración: diástasis de músculos rectos, vientre ligeramente abultado; hiperplasia moderada de hígado y bazo; infartos ganglionares en ingles; palidez de piel y mucosas; disnea de esfuerzo. Fontanela aún no ocluida; tórax raquítico; corvadura de ambas piernas.

Observación 4.^a.—Niño de once meses; le visito con motivo de una diarrea verde, mas la exploración arroja el siguiente resultado: cráneo grande, cráneo-tabes y grandes dimensiones de ambos frontales, maxilar inferior corto, nada de dentición; corvadura cifótica de la columna vertebral; tórax raquítico; vientre abultado é hiperplasia de hígado y bazo; coxa vara; tibias en forma de sable. Anemia y atrofia muscular muy pronunciadas.

He aquí los casos más salientes de lo que he observado, pues no creo necesario enumerar los casos corrientes de raquitismo (que pasan de 20 y llevo aquí ejerciendo medio año escaso), los casos se entienden de raquitismo anemia, que aquí abundan; únicamente diré, que constantemente he visto asociados el raquitismo y la anemia, variando la intensidad y el predominio de uno y otro cuadro, pero habiendo comprobado que allí donde la anemia (y esto se ve bien en los casos que he citado) adquiere gran intensidad, el raquitismo se hace muy pronunciado.

Mucho lamento que la carencia de medios propia del ambiente rural haga que a las observaciones expuestas les falte el complemento del análisis de sangre que afianzaría más el cuadro clínico de la anemia, que, por otra parte, creo que está lo suficientemente claro y terminante para fundamentar el diagnóstico.

Veamos ahora para terminar, qué consecuencias se pueden sacar del presente y modesto trabajo:

1.^a El raquitismo y la anemia tienen estrechas relaciones etiológicas.

2.^a Hay también, muy probablemente, relaciones patogénicas cuya naturaleza no podrá ponerse en claro hasta que se conozca bien la patogenia del raquitismo.

3.^a El raquitismo es influenciado por la anemia cuando ambos coexisten.

4.^a Ambas enfermedades evolucionan paralelamente.

5.^a La anemia de Jaksch-Hayem no es una anemia «secundaria».

6.^a Raquitismo y anemia de Jaksch-Hayem, son dos entidades clínicas independientes que coexisten siempre, variando sus grados.

Estas son las conclusiones á que me lleva el presente trabajo; conclusiones que no se me oculta que necesitan más comprobantes, pero éstos vendrán con la observación de mayor número de casos y con tener á mi disposición medios con que hacer más detalladamente el estudio de los casos clínicos, pues no basta la voluntad; pero como ésta la poseo en gran cantidad, pienso emplearla estudiando todo lo cuidadosamente que mis conocimientos y medios me lo permitan, los casos que se me presenten, pues la resolución de problema de la naturaleza de las relaciones patogénicas de las dos enfermedades que nos ocupan no carecerá de importancia para el estudio de la patogenia del raquitismo.

Mucientes, Julio 1924.

Las crisis viscerales de los edemas angioneuríticos ⁽¹⁾

POR LOS DOCTORES

J. MACDONALD Y R. BUENDÍA

Siendo, como es, complejísima la patogenia de los edemas angioneuríticos y su localización tan varia, nosotros hemos querido solamente excluir de ese grupo tan mal definido aún, los casos de edemas que por su localización visceral puede despistar al práctico que pudo ver una afección de tratamiento quirúrgico donde sólo hubo un trastorno neurósico y vasomotor.

Todos conocemos los síndromes típicos de las enfermedades abdominales, cuyos diagnósticos se hacen con relativa facilidad, sobre todo si nos valemos de los medios de que hoy disponemos; pero ¿son siempre estos síndromes tan claros y precisos como para hacer un diagnóstico? La ausencia ó débil presencia de alguno de los síntomas esenciales, nos puede hacer dudar y anular la decisión al médico escrupuloso.

En las afecciones agudas es donde mayor importancia puede tener nuestro diagnóstico.

Al encontrarnos ante un dolor agudo abdominal, sin que tengamos una clara manifestación de tal ó cual entidad morbosa, es de una importancia esencialísima eliminar ciertas crisis viscerales donde serían infructuosas las intervenciones quirúrgicas.

Las crisis gastrointestinales de tabes y otras crisis de otra naturaleza, son ya bastante conocidas y en esta breve nota sólo queremos llamar la atención de las que se producen en los edemas angioneuríticos, menos conocidas.

Los edemas angioneuríticos descritos primeramente por Quincke en 1882 y aún insuficientemente estudiados, pueden presentarse en varias vísceras del organismo, estando caracterizados más que por la inflamación, que á veces pasa inadvertida, por el dolor, juntos con síntomas de la piel que pueden manifestarse en urticarias (habones), eritemas y púrpura (Henoch).

La etiología es aún oscura. A los traumatismos, las con-

mociones afectivas, los trastornos intestinales, las infecciones reumáticas, la anafilaxia alimenticia para una substancia en particular, ha sido achacada la predisposición para estas manifestaciones.

Nosotros creemos que aún no se han separado distintas entidades morbosas que se encubren en el edema neurósico; pero no podemos admitir, como dicen algunos, que es debido este edema paroxístico á una alteración en el calibre de los vasos sanguíneos, como en un espasmo venoso.

No hay duda, que todos los individuos que padecen estos edemas son, válgasenos la palabra, *hipersecretores*. Sabemos por Haidengain cómo ciertas substancias producen un aumento en la secreción mucosa: cómo la carne de ciertos mariscos que ocasiona urticarias, y además debe suponerse, según Möhr, una permeabilidad anormal intermitente de los vasos para los trasudados. Hay que admitir la teoría de la intoxicación endógena, hay que pensar, pues, en una verdadera autointoxicación.

Tendremos en cuenta, por lo tanto, en estos casos, los siguientes factores:

1.^o Elemento neurósico.

2.^o Elemento vascular.

3.^o Factor hipersecretor y tal vez por esa hipersecreción mucosa, una autointoxicación.

El diagnóstico es á veces difícil. Se han dado casos de diagnosticar erróneamente colecistitis y, por ende, operaciones inútiles practicadas en individuos que sólo padecían edemas angioneuríticos.

El diagnóstico estriba sobre todo, como Crispin insiste, en los dolores mal definidos, aunque fuertes y de duración corta. Estos dolores no tienen relación con las comidas y pueden ser acompañados de púrpura, de edemas de la cara, párpados sobre todo, de garganta, disnea, y hasta en algunos casos, de una intensa broncorrea.

Este edema que así se manifiesta en la piel y en las mucosas, se adueña de las vísceras abdominales, produciendo en la región cecal un síndrome análogo al de una apendicitis; en el estómago se enmascara con el aspecto de una úlcera hasta con su correspondiente hematemesis; en la región biliar una colecistitis y en el intestino puede hasta producir la sintomatología de una obstrucción con sus fuertes dolores peristálticos.

Para poner de relieve la importancia de este asunto, vamos á describir dos casos nuestros. El primero es un caso que podríamos calificar de crónico y que simulaba una apendicitis. La presencia de la urticaria inmediatamente después de casi todos los ataques nos llevó á precisar el diagnóstico.

El segundo caso es el agudo y simulaba una colecistitis, y la púrpura también nos reveló el diagnóstico de edema angioneurítico.

Primer caso.—El enfermo H. P. A. vino á consultarnos con el diagnóstico hecho de apendicitis. Al reconocerle, ya habiendo transcurrido dos días después del supuesto ataque, encontramos la fosa ilíaca derecha indolora y sin ninguna tumefacción ni defensa muscular. Nos despistó en el interrogatorio, el saber que en el último acceso no tuvo ni vómitos, ni fiebre y sí sólo un dolor intenso que comenzaba siempre en la fosa ilíaca derecha.

Frente á este síndrome tan incompleto, dudamos del diagnóstico é insistimos en verle otra vez, á ser posible durante una crisis. Una semana después se presentó de nuevo diciéndonos que la noche anterior había tenido otro ataque. Al inspeccionarle el abdomen, nos sorprendió la urticaria intensa que cubría toda la parte baja del vientre, encontrándose la fosa ilíaca, á pesar del acceso de la noche anterior,

(1) Comunicación presentada al II Congreso Nacional de Ciencias Médicas de Sevilla.

completamente indolora. Hicimos nuestro diagnóstico, que la historia que á continuación transcribimos confirma.

El enfermo, que en la actualidad cuenta diez y siete años, tiene los siguientes antecedentes patológicos familiares: su padre sano. En la familia paterna hay antecedentes de enfermedades bronquiales, tuberculosis y asma.

La madre ha tenido cuatro ó cinco abortos (sífilis?). Tiene tres hijos más, sanos. Uno de ellos padeció de escorbuto. Padece de reumatismo desde los quince años.

Antecedentes del enfermo.—Desde los seis meses de edad sufre este dolor, que se repetía con frecuencia y casi siempre con urticaria, con grandes jaspeaduras y habones. El padre dice que su hijo tuvo diarrea verde y meningitis á los dos años, á más de sarampión dos veces. En su niñez padeció también de incontinencia de orina.

Padeció de una alopecia seborreica que le desaparecía con intervalos, estando mejor de su alopecia cuando no padecía los ataques, así como de corizas y bronquitis frecuentes. Siendo característico de los ataques que la tos se hacía más brusca, fuerte y prolongada cuanto mayor y más continuados eran los dolores y que éstos se agudizaban durante la noche. Durante el día podía hacer la vida normal, notando que las crisis casi desaparecían trabajando sin que ellas le disminuyesen el apetito.

En la actualidad está curado por una medicación férrica y estricnofosforada.

Segundo caso.—M. M. R., de once años de edad, padeció en su primera niñez sarampión y algunas bronquitis y corizas.

Hay antecedentes de tuberculosis en la familia del padre. Madre reumática.

En Febrero del año pasado fuimos llamados para asistir á esta enfermita, que por todo síntoma presentaba un dolor agudo, que se le amortiguaba y volvía de nuevo á mortificarle, en la región hepática, casi fijo en la región cística. Dudo en el diagnóstico le prescribimos una poción alcalina, para modificar algo el estado nauseoso de la enferma, á más de compresas calientes en la región dolorida.

Al día siguiente pudimos comprobar unas manchas rojizas de forma circular que le producían prurito y que después se transformaban en verdaderas manchas de púrpura de Henoch.

Al cabo de varios días se mejoró bastante, desapareciendo el dolor; pero repuesta casi de su enfermedad, comió un huevo cocido, sobreviniéndole inmediatamente vómitos incoercibles biliosos y más tarde diarrea, volviendo de nuevo á padecer el dolor, acompañado de los vómitos y diarrea. Entonces la temperatura se elevó á 37°,5 y á 38°, habiendo siempre estado hasta entonces en 36°,7 y 37°.

Aún con púrpura y vómitos fué enviada esta enferma al campo, curando con tónicos arsenicales y fosforados.

Estos son nuestros dos casos. Y para terminar citemos los consejos de Crispin, que dice que, una vez determinada la naturaleza de estos ataques, deben ser dejados en manos de la Medicina y nunca de la Cirugía, precisando encontrar los focos de toxemia que producen estos edemas en el árbol respiratorio, sinus nasalis, indagar si existe anafilaxia, causa posible de muchos trastornos de esta índole, ver si hay predisposición contra ciertos hidratos de carbono ó proteínas.

Para el diagnóstico, ante todo debe recurrirse á los rayos X y á la exclusión de sífilis y tuberculosis.

Esta breve nota sirva, como dijimos al principio, para orientar al práctico en la importante cuestión de errores de diagnóstico que pueden conducir á intervenciones quirúrgicas imprecisas.

ABDOMEN AGUDO ⁽¹⁾

FOR EL

DR. SLOCKER DE LA ROSA

Cuando estamos en presencia de una peritonitis difusa no hay dolor localizado, y sería falaz guiarnos por este signo negativo para apartar nuestra atención de la región apendicular. Algunas actitudes del enfermo, al provocarse el dolor espontáneo ó á la presión, nos pueden poner en camino de diagnosticar ciertas variedades ó pensar en otras lesiones que puedan parecerse.

Así sucede con la flexión de muslo sobre abdomen al presentarse la contractura del psoas ilíaco, en que el peritoneo de la fosa está inflamado desde el principio. En un caso reciente que he operado en frío, he seccionado este tendón durante la intervención, y la enferma se levantó de su cama sin sufrir ni cojera ni dolor. También puede confundirse este cuadro con el de psoitis, en el que se comprueba siempre rigidez en la columna vertebral, si procede de lesión allí localizada.

También algunos flemones de ligamento ancho, casi siempre procedentes de infección puerperal, pueden presentar este síntoma sin que intervenga para nada el apéndice; pero el interrogatorio nos aclarará la historia de un parto reciente y séptico.

La contractura está en relación con la intensidad de la inflamación peritoneal, y en ocasiones enmascara la rentencia que pudiera percibirse (que se nota bien cuando por la anestesia cede) en un absceso apendicular.

Algunas formas de apendicitis, como la de la ulceración de la mucosa, dan una contractura muy localizada. La contractura parcial de las fibras del oblicuo simula, algunas veces, un cuerpo alargado y móvil que parece el apéndice. En vientres delgados y fácilmente explorables, que permiten deprimir bien los tejidos blandos de la fosa ilíaca, se llega á comprimir el ciego sobre el psoas, de donde salta bajo nuestros dedos, simulando que está el apéndice. La percusión, si no hay contractura extensa y sostenida, puede servir para demostrar una colección ó con una exageración timpánica la propulsión del ciego hacia la pared, siendo empujado por el apéndice y peritoneo de la fosa retrocecal, donde le encontramos en el 15 por 100 de nuestros casos operados.

Si la contractura y el dolor se localizan persistentemente en el lado izquierdo, seguramente que el absceso apendicular se prolonga á este lado, y es inexcusable abrir para desaguar la colección que llega allí, ó que no hay más que á la izquierda; dado que se conocen casos de transposición ó de falta de rotación del ciego, o cuyo apéndice de meso muy largo ha quedado libre ó fijo por ataques anteriores á la sigmoide en su porción alta.

La temperatura es muy variable, pero en las primeras horas es más alta, salvo en los casos de perforación, en cuyos primeros momentos es más baja, ó también cuando coexiste con oclusión intestinal ó diverticulitis de Meckel. Suele haber disociación de pulso y temperatura en los casos graves; siendo más frecuente y menos tenso cuando el cuadro es más tóxico; y en los casos en que todos los síntomas ceden, suele ser lento, por debajo de 75 á 80, lo que se interpretó hace unos años, como signo de reabsorción de exudados, en las supuraciones pelvianas en particular.

La polinucleosis no siempre puede comprobarse, ó por

(1) Véase el número anterior.

ser demasiado pronto desde que se inició el ataque ó en los casos graves hipertóxicos, porque no la encontraríamos, ya que entonces no hay defensas. También en enfermos de alguna edad tarda en presentarse, y, en cambio, todos los signos clínicos nos permiten diagnosticar un absceso, fluctuante inclusive, de una apendicitis supurada, y no podemos esperar á que la leucocitosis se presente para asegurar el diagnóstico y mucho menos intervenir.

En caso de no haberla, y si el estado general del enfermo acusa intoxicación y la operación no puede hacerse ó hay dudas, después de la inyección intravenosa de urotropina he visto acusar un aumento marcadísimo de leucocitos polinucleares en pocas horas, algo así como la reacción de Schreiber con el salvarsán. Hetit confirma la opinión de que en los abscesos fuertemente tabicados puede faltar también la polinucleosis.

La percepción de abscesos ó de *plastrón* puede faltar si hay un apéndice subfrénico ó es retrocecal, caso en que también puede confirmarse si hay edema ó tensión en la región lumbar con absceso perinefrítico ó renal.

En el absceso subfrénico, como consecuencia de una apendicitis ó de otro origen, se colecciona el pus en el espacio que existe entre el lóbulo derecho del hígado y el diafragma en el lado derecho, ó entre el lóbulo izquierdo, el estómago, el bazo y diafragma, en el lado opuesto.

Los del lado derecho proceden casi siempre de la propagación de la infección del apéndice, aunque ésta se produzca en los casos de rotación incompleta en que el ciego queda infrahepático, ó de la vesícula biliar, ó resultado de una perforación de úlcera duodenal. En el lado izquierdo casi siempre se forman los de la perforación de úlcera gástrica, pero particularmente de curvatura menor.

Suelen tener poca cantidad de exudado, y casi siempre la vía linfática ha sido la portadora de la infección, así como las ramas de la vena porta, que pueden conducir bacterias desde el intestino, lo mismo al espacio subfrénico que al hígado mismo, formando abscesos múltiples ó uno solo.

Los abscesos apendiculares que están adheridos á la pared muy hacia la espina ilíaca deben ser incindidos y no removidos, pues la pared del ciego casi siempre les forma un tabique de aislamiento; y si nos empeñamos en deshacer trabéculas, ó se perfora la pared del ciego fistulizándose, podemos abrir la cavidad peritoneal inundándola.

No deja de verse alguna vez, en el hombre sobre todo, que un absceso apendicular está limitado por el epiplón; pero penetramos en la cavidad, y aun comprobando la existencia del pus, no debemos ceder á la tentación de abrirle, pues por muy bien que se proteja la cavidad se infecta, y lo que era una peritonitis localizada se generaliza, con grave peligro de la vida del enfermo. Lo mismo puede decirse del empeño en quitar el apéndice á toda costa, so pretexto de que el enfermo no se cura de una vez. La mayor parte de los cirujanos hemos tenido algún caso de muerte que no podemos achacar á otra cosa; y distinto es el punto de vista de quitarle cuando no hay fiebre ni polinucleosis, pues la infección, que sin duda persiste, es atenuada, y á pesar del traumatismo operatorio, los tejidos se defienden y el epiplón es el que viene en nuestra ayuda. Ciertamente que las concreciones fecales que han quedado libres en la cavidad del absceso, solas ó con restos del apéndice no eliminados, sostienen las fistulas; pero con paciencia se puede esperar que lo sean, como pasa casi siempre.

En los apéndices retrocecales sucede, por regla general, que se deslizan muy arriba, y aun operados en frío se traumatiza mucho la región, y hay que abrir francamente el meso ciego. Se suele encontrar adherida la punta á un gan-

glio, que en este caso siempre está alterado y caseoso. Se le debe extirpar, pero no por arrancamiento, y dándonos perfecta cuenta de lo que hacemos, pues puede confundirse con la dilatación en forma de maza la punta del apéndice, y que muchas veces coincide con apendicitis quística ó infectada. No hay que hablar de la correcta refección del meso, en cuyo espesor se frugan hematomas que se infectan y que hay que desaguar por la región lumbar.

No es la incisión pararectal la más á propósito para operar los abscesos apendiculares, pues la tensión de las vainas de los rectos y el trayecto tortuoso que resulta es una causa que favorece la retención de pus. Si habiendo hecho esta incisión hemos de dejar desagüe, es preferible hacer una contraabertura y por encima de la fosa ilíaca, suturando correctamente la primera; preferible el tubo de cristal ó de seda ó torcida parafinada.

En la mujer de pared abdominal delgada ó muy flácida puede confundirse también la apendicitis quística con una trompa.

En este caso de duda, será preferible intervenir por laparotomía media, pues la anexotomía es trabajosa y ofrece sus peligros hecha por la incisión de apendicectomía. En las apendicitis crónicas, de tipo ascendente, y que llegan á ponerse en contacto con vesículas calculosas ó infectadas es fácil prolongar la incisión de la vaina del recto para llegar á vesícula ó apéndice, según por donde hayamos comenzado. Por el número de casos que hemos encontrado, preferimos siempre, cuando intervenimos sobre vías biliares, esta incisión que nos permite cómodamente actuar además sobre el estómago y duodeno; el secreto está únicamente en no lesionar los filetes nerviosos del recto para que no se atrofie y quede preparada una tendencia á la eventración.

Las eventraciones después de las laparotomías con ó sin desagüe ofrecen motivos de inquietud.

No son argumentos sólidos los que achacan á la calidad del material de sutura, y á si ésta es ó no temporal, la posibilidad de que se presente.

Enfermos con gran pániculo adiposo hay en los que nos vimos precisados á dejar un desagüe, y no obstante éste, no han tenido eventración; y enfermos de paredes delgadas, sin grasa, en quienes á los pocos meses se inició la eventración que hay que tratar.

Tengo la impresión de que hay alguna inclinación morbosa al aflojamiento de los medios de sostén en general independiente de métodos operatorios. Sin embargo, la infección de la herida no hay duda que es lo que mejor predispone á la eventración. Al tratar las grandes eventraciones, algunas verdaderamente monstruosas, en alguna enferma nuestra y algunas de otros cirujanos, luchamos á veces con grandes dificultades técnicas, de las que la peor es, sin duda alguna, la adherencia visceral.

Si no se hace una amplia disección de piel y aponeurosis superficial para coger la vaina de los rectos, por muy separados que estén, se reproduce nuevamente. Nos ha dado excelente resultado la imbricación de Mayo, que hemos combinado muchas veces con la escisión transversal del pániculo péndulo al modo de Doyen.

En la cirugía abdominal de urgencia no podemos reparar en algunos momentos en un análisis minucioso de algunas reacciones, como la de Wassermann, pues las indicaciones son vitales; pero, á juzgar por lo que pasa frecuentemente, que de una serie de veinte enfermos operados en una sala de hospital, por ejemplo, hay más de la mitad sífilíticos, es preciso investigar estos antecedentes en seguida para, pasados unos cuantos días después de la intervención, hacer el tratamiento adecuado.

No hay que perder de vista, al considerar las infecciones lo mismo agudas que crónicas, los ensayos de quimioterapia que se vienen haciendo, y que algunos, tan interesantes como los de Yung (á propósito de las inyecciones intravenosas de mercurio, cromo soluble y de violeta de genciana en el tratamiento de la septicemia y de las infecciones locales), parecen ser hoy por hoy una promesa de sólidas adquisiciones, y lo mismo en abscesos que en infecciones de riñón y en septicemias estafilocócicas especialmente, se llega á la curación total, si bien en los enfermos muy debilitados se tienen que fraccionar las dosis, y no cabe duda de que cuando hay septicemia, este tratamiento puede evitar un desenlace fatal. Al propio tiempo que el tratamiento general, conviene eliminar los focos cuanto antes. Del mismo modo no podemos omitir de nuestro juicio clínico la manera cómo reacciona el sistema endocrino en las infecciones agudas y crónicas, pues en éstas se pueden atribuir á la continuada acción del sistema simpático y á la simultánea depresión de la actividad parasimpática, que es esencialmente de conservación de la energía de los tejidos, ya que el simpático acelera el metabolismo. Normalmente estos dos sistemas están en equilibrio, y cuando la infección inclina la balanza, hay que recuperar el punto débil para llegar al grado de inmunidad. Por eso la inyección de vacuna limita la respuesta simpática en relación al tiempo, y, en cambio, cuando hay una infección es probable que la continua irritación del sistema simpático impida el restablecimiento de aquel equilibrio. En una palabra: que no depende más que del normal equilibrio, que, alterado por las condiciones patológicas que hemos de remediar, aun cuando en el momento actual de una manera incompleta podamos luchar con la infección reforzando las deficiencias endocrinas del organismo.

Lo mismo que la pleuresía, que se acompaña en algunos casos de quiste hidatídico de cara superior en el espacio costodiafragmático, aquí también en el absceso podemos encontrarla, y con más razón, y no es raro ver que evolucionen hacia la supuración, aun habiendo evacuado quirúrgicamente el absceso subfrénico.

En otras circunstancias puede ser consecutivo á pleuresías diafragmáticas agudas; éstas y las que pueden fraguarse un camino hacia el pulmón, ó propagándose por las cisuras pulmonares, pueden tener como fin una vómica...

(Continuará.)

Bibliografía. (1)

ERRORES DIAGNÓSTICOS Y MANERA DE EVITARLOS.—Tomo IX: *Zoonosis y enfermedades del sistema locomotor*, por el Prof. doctor P. Krause.—*Intoxicaciones*, por el Prof. Dr. Zannger.

Llega á nuestras manos la obra que trata de *Errores diagnósticos y manera de evitarlos*, que se ha publicado con la colaboración de ilustres médicos alemanes y bajo la dirección del profesor Dr. J. Schwalbe, correspondiente al tomo IX. Ya se publicaron las correspondientes á enfermedades infecciosas agudas del aparato digestivo y sus anejos; de las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos; del sistema circulatorio; de vías respiratorias altas; pleura y mediastino; vías urinarias; cerebro, medula y nervios periféricos; neurosis, responsabilidad civil y criminal del médico por faltas profesionales, y ahora, las enfermedades de los órganos del movimiento y zoonosis en que el

profesor Krause habla de los errores diagnósticos y terapéuticos en las enfermedades y manera de evitarlos, empezando por las confusiones entre el reumatismo articular crónico y la artritis crónica primitiva, hablando de los estudios de Gutnert comprobando la existencia de la linfocitosis en el reumatismo articular crónico, diferenciándose de la artritis gonorréica crónica y de la de naturaleza disintérica, así como las alteraciones agudas y crónicas de las articulaciones consecutivas á la infección de las amígdalas. La artritis urática crónica; la que aparece en la menopausia así como las osteomielitis de las periostitis crónicas que aparecen después de infecciones del mismo carácter y de las enfermedades nerviosas, cuyos errores se cometen muchas veces al confundirlas con la neurosis vasomotora y las que acompañan á algunas dermatosis. Excita al médico á la utilización de los rayos X para evitar los errores diagnósticos, que á su vez tiene la transcendencia de hacer un tratamiento erróneo también de las artritis crónicas, por las cuales el estudio de las tonsilitis crónicas, dando importancia á la existencia de dientes careados y de las enfermedades crónicas de las encías, así como á los procesos de fosas nasales y de sus cavidades accesorias, eliminadas las cuales mejoran las artritis tal como parece decirse de la gonorreia crónica postesifilítica. El paludismo deja también su huella en las articulaciones, pero no basta con la administración del ácido salicílico y de la quinina; en el tratamiento de las artritis, según su naturaleza es preciso reglamentar la dieta, prescribir movimientos y quietud de un modo conveniente y en los individuos desnutridos una cura de cebamiento que no todos en la práctica se decidan á instaurar. La terapéutica física es en su forma de aire caliente, diatermia, calor local, inyecciones intravenosas de extracto de cartilago, proteíno-terapia y la radioterapia, aunque hay momentos en que su indicación y su utilidad no tienen sustitutos. Algo parecido pudiera decirse del tratamiento hidromineral, después de la rigidez crónica de la columna vertebral en su confusión con la espondilitis tuberculosa y el tipo de Strümpell con la espondilartrosis anquilopoyética y el deformamiento, diciendo que en la rigidez de la columna vertebral no se cometen errores terapéuticos, porque el tratamiento de esta enfermedad es completamente amorfo hasta ahora y sin resultado.

El capítulo referente á los reumatismos musculares, habla de los numerosos errores que se cometen en los diagnósticos y que dependen de que el concepto actual de esta enfermedad es todavía obscuro, si se admite que haya afinidad entre el reumatismo muscular y la neuralgia y que es producida por una afección ó influencia tóxica; siempre se comprueba, sin embargo, que hay induraciones musculares; la «miogelosis», teniéndola que distinguir de las producidas por traumatismo externo, por una inflamación metastásica, por úlceras metabólicas ó por esfuerzos intensos, etcétera, etc.

En el estudio de la zoonosis, incluye el muermo, que puede parecerse á una fiebre tifoidea ó al reumatismo articular agudo, ó á la piemia, y á la erisipela de la cara; así como el crónico puede confundirse con lupus ó sífilis, lepra ó pelagra, consistiendo el mayor error en desconocer el diagnóstico del muermo, así como en la triquinosis, la rabia, la actinomicosis, glosopeda, carbunco, etc.

En la segunda parte «Intoxicaciones», y después de un estudio de la generalidad y clasificación, según las propiedades químicas, físicas y biológicas de los venenos, así como desde el punto de vista psicológico, en las intoxicaciones producidas intencionadamente, en las accidentales y los peligros de intoxicación, que casi son normales en ciertas in-

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

dustrias, hay un capítulo muy interesante acerca de las intoxicaciones y errores de diagnóstico en la estadística, que demuestra la transcendencia de los errores de diagnóstico, juicios insuficientes, así como de los de relación declaratoria de las intoxicaciones profesionales y de las de seguros contra las mismas, de los diagnósticos de los casos tóxicos de naturaleza química. Resume magistralmente las condiciones que deben tener los diagnósticos toxicológicos dado el progreso científico actual, sus objetivos y sus consecuencias para la terapéutica, para la profilaxis y para la administración de justicia, siendo muy interesantes las preguntas bien estudiadas que debe hacerse el médico ante los casos de intoxicación, no perdiendo de vista el diagnóstico erróneo posible de los casos de intoxicación, en los mortales y en los que están seguidos de pérdida de conocimiento, haciendo resaltar la importancia de la comprobación de la existencia del veneno, así como de la sustancia tóxica en la orina y circulación, sin descuidar las de las heces fecales y de las encontradas en determinados casos; no hay duda de que los párrafos que dedica al tratamiento de la profilaxis general, son de profundo conocimiento de la materia, muy particularmente el que corresponde al tratamiento en las grandes masas humanas y principios directivos de salvamento. En otro capítulo habla de los cambios sindrómicos que con frecuencia son tomados por intoxicaciones del grupo de sustancias tóxicas y que á menudo quedan desconocidos, cambio que se presta á error por interpretación de un modo exclusivo, como intoxicaciones ó como enfermedades comunes, siendo así que pueden tratarse como estados de orden infeccioso.

Es muy interesante la referencia del síntoma aislado que fácilmente puede inducir á error, así como la importancia de otros síntomas para la simulación de la enfermedad, siendo muy variables las producidas por un mismo veneno. Habla también de los estados morbosos considerados en otro tiempo como efectos de un solo veneno, pero que en realidad pueden ser producidos por venenos distintos, así como de los tipos tóxicos más frecuentes y cuyos efectos se interpretan de manera errónea en muchos casos; finalmente, enumera los casos que de un modo aislado ó combinados entre sí dan lugar á confusiones ó á errores en el diagnóstico toxicológico y manera de evitarlos, hablando del carácter especial que tiene el diagnóstico toxicológico en comparación de otros diagnósticos y con arreglo á las exigencias actuales basadas en la experiencia científica. Es un libro muy interesante, muy especialmente dedicado á los médicos que ejercen solos en un partido y que por necesidad de este aislamiento se ven privados de hacer asistencias espirituales y profesionales al compañero que permite la consulta, á la colaboración en el momento de operar y hasta la confesión en el caso de conciencia que la Medicina legal ofrece á menudo al práctico y que en tan difícil ocasión el libro de consultas, que como maestro conservamos en nuestra biblioteca, no resuelve sin una gran experiencia comprendida en este opúsculo por Kraus y Zungger. Es evidente que ayuda al médico á diagnósticos diferenciales dando datos adecuados y resuelve en los casos más apremiantes la vacilación ante una dudosa intoxicación, cuyo esclarecimiento rápido puede implicar la vida de un enfermo ó de una colectividad.

Por tanto, es un libro indispensable, digno de ser adquirido.

DR. SLOCKER

Periódicos médicos.

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Dos casos de cáncer de estómago en obreros que manipulaban con ácidos, por E. Duroux.**—El autor ha tenido ocasión de operar recientemente dos cánceres del estómago que pueden ser atribuidos á una misma causa, ya que ambos presentaban los mismos caracteres anatomoclínicos y ambos también recaían en individuos que ejercían profesiones en las que estaban manejando constantemente los ácidos sulfúrico, nítrico y clorhídrico. El primero de los enfermos tenía á su cargo la aplicación de ácidos en una tenería, y dentro de una habitación reducida y mal ventilada; el segundo de ellos trabajaba desde niño en una calderería y era el encargado de meter los utensilios de cobre en el baño ácido; operación que llevaba á cabo al aire libre, pero que va acompañada de un desprendimiento intenso de vapores.

Opina el autor que las quemaduras producidas por los vapores ácidos á que constantemente estaban sometidos estos enfermos, han engendrado ulceraciones crónicas difusas en su mucosa estomacal, creando un estado precanceroso del estómago y favoreciendo, por lo tanto, la aparición del cáncer. En la guerra se ha visto que los gases sofocantes no sólo determinan trastornos en las vías respiratorias, sino que producen además una irritación y una congestión del estómago en grado variable. Por otra parte, es bien conocida la relación que existe entre las irritaciones locales repetidas, las ulceraciones y el cáncer. Así se explican las ulceraciones epiteliomatosas de los alquitranadores y los parafinadores, los tumores malignos que se desarrollan sobre las úlceras provocadas por los rayos X, y los cánceres que se desarrollan sobre los cuellos uterinos irritados ó desgarrados. Mitchell ha señalado hace pocos años en un periódico americano la aparición de un epiteloma de la cara dorsal de la mano derecha consecutivo á una quemadura por ácido sulfúrico ocurrida siete meses antes. Admitida, pues, la posibilidad de que exista cierta relación entre los vapores irritantes desprendidos por los ácidos, y los neoplasmas gástricos difusos ó de infiltración masiva, como los dos observados, sería útil proteger á los caldereros, curtidores, etc., contra estos agentes químicos, por medio de una mascarilla eficaz. (*Le Bulletin Medical*, núm. 34, París, 16 de Agosto de 1924.—T. R. Y.

2. **Las estrecheces del piloro y la circulación del agua en el organismo, por H. Surmont.**—Entre las diversas consecuencias de la estenosis pilórica, hay una á la que no suele darse, en general, la debida importancia: ésta es la falta de agua que dicha afección ocasiona en el organismo, por poco notable ó permanente que sea la estrechez. La disminución de la cantidad de agua en el organismo provoca toda una serie de trastornos patológicos que primero son puramente físicos y mecánicos, y de orden tóxico después. Su influencia sobre la evolución de la enfermedad es considerable y lo bastante marcada para imprimir á ésta un sello especial: una úlcera ó un cáncer del estómago se presentan al clínico de un modo muy diferente, según que permitan ó no el libre juego del esfínter pilórico.

En primer lugar, la estancación cada vez más prolongada en el estómago de las bebidas ingeridas, de los alimentos liquefactibles, de las secreciones salivares, esofágicas y gástricas, y, en fin, de todos los líquidos, conduce á los diversos tipos de hipersecreción y de éxtasis descritos en clínica. Encontrándose reducidas en número y en volumen

las oleadas pilóricas, resulta, en virtud de las leyes fisiológicas que regulan las excitaciones recíprocas de las secreciones digestivas, que las cantidades de bilis, de jugo pancreático y muy probablemente también de jugo intestinal, se hallan proporcionalmente tanto más reducidas, cuanto menos quimo pase al duodeno, por lo que el líquido contenido en la parte subpilórica del aparato digestivo va viendo secarse progresivamente todos los manantiales directos é indirectos, gracias á los cuales se renovaba. Las raíces intestinales de la vena porta irán absorbiendo asimismo cantidades de líquidos cada vez menores, y, en consecuencia, el hígado se retraerá, al recibir una ración líquida progresivamente menor. La disminución del hígado demostrada en la inanición no está solamente ligada á la disminución de los ingesta, ó sea á la inanición propiamente dicha, sino más principalmente á la disminución de los líquidos, como parece demostrarlo el hecho de que recobre aquél su volumen normal ó subnormal, cuando se restablece la circulación de los líquidos en el sistema porta por una vía indirecta ó nueva: lavativas de suero, gastroenterostomía. Hemos llegado ya el estadio de la evolución fisiopatológica en que el síndrome pilórico va á convertirse, de afección puramente digestiva, en enfermedad general, por sus repercusiones secundarias sobre las diversas funciones de la economía. La primera función afectada es la circulatoria, por el mecanismo tan bien estudiado por Gilbert y sus discípulos, bajo el nombre de hipotensión subhepática ó hipofleborrea subhepática. Bien sea porque el hígado reciba menos sangre á consecuencia de obstáculos en la porta, como ocurre en la hipertensión porta, bien sea á consecuencia de una obstrucción pilórica, como en el caso que hemos estudiado, las consecuencias son las mismas á nivel de las venas subhepáticas. En seguida aparece la hipotensión arterial, la taquicardia y la disminución del volumen del corazón, señalándose como carácter diferencial importante para con el mismo síndrome de origen porta, la influencia mucho más marcada que tiene el ortostatismo en su aparición. También se observa en estos enfermos, como es natural, concentración de la sangre.

Después de la función circulatoria, la más comprometida es la función renal sobre la cual se dejan sentir directamente la hipotensión arterial y la concentración de la sangre. Por este doble mecanismo se explican no solamente la albuminuria á veces observada y el hemafesmo de las orinas del ortostatismo, sino también la serie de trastornos recientemente estudiados con el nombre de oliguria ortostática, nicturia, opsiuria experimental y prueba de las tres copas. En virtud de los mecanismos que mantienen á la sangre en una composición y dilución constantes y aseguran por ende la regularización de las funciones humores, la sangre toma el agua de donde la encuentra y, en primer lugar, de las mallas del tejido celular, de donde el adelgazamiento que traduce la desecación progresiva de la economía. El mismo origen tienen la sequedad de la piel y de la mucosa bucal y el tinte colémico de la piel y de las conjuntivas.

La fase tóxica de la enfermedad comienza por el disfuncionamiento hepatorenal, con la consiguiente insuficiencia de depuración orgánica; continúa por los diversos hipofuncionamientos glandulares; se agrava por el paso y permanencia en la sangre de los productos tóxicos tomados del aparato digestivo y de los plasmas intercelulares y de las grasas de la economía en el período de autofagia, y se afirma y se mantiene por la hiperazotemia, la acetonemia, la acidosis y, desde el punto de vista clínico, por la hipostenia muscular y la somnolencia, para terminar en el coma; coma que no se diferencia del urémico ó del diabético más que en

su origen dispéptico, y en el que no se da la importancia que merece á la carencia de agua.

Estas consideraciones tienen por objeto poner de manifiesto cómo, por una serie de encadenamientos, puede una enfermedad puramente local llegar á determinar graves trastornos tóxicos que demuestran la importancia que existe desde el punto de vista terapéutico en no considerar solamente á la estrechez del píloro como una dificultad para la digestión y la absorción de los alimentos sólidos, sino también y sobre todo como un grave obstáculo para la circulación de los líquidos en la economía. La clínica y la experimentación demuestran que la privación de agua acarrea la muerte con mucha más rapidez que la privación de alimentos, é importa mucho no olvidar esto en la práctica para dedicarse á combatir de una manera precoz la carencia de agua que resulta de la estrechez del píloro y que conduce á la intoxicación general.

Para terminar expone el autor las directivas esenciales que deben tenerse en cuenta para el mejor tratamiento de estos enfermos. (*L'Echo Medical du Nord*, núm. 32, Lille, 9 de Agosto de 1924.)—T. R. Y.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Los abscesos de fijación, por J. Carles.—Durante el curso de la mayor parte de las enfermedades infecciosas tiene lugar una multiplicación muy activa de leucocitos y también un consumo exagerado de los mismos, pues encargados de eliminar y fijar los microbios, toxinas, venenos y residuos de toda clase, son muchos los que sucumben en la lucha. Estos y los microbios vivos ó de vitalidad disminuida acumulados en exceso embarazan el organismo y pueden dar origen á esas metástasis tan temidas por los antiguos, que han sido atribuidas por Feuillee á la producción de verdaderos «flujos leucocitarios». Muchos focos inflamatorios tenaces, algunos estados congestivos bruscos y bastantes colecciones purulentas de aparición rápida, que sobrevienen en el curso ó en la declinación de las enfermedades infecciosas, no son otra cosa que el resultado de la acumulación en un punto del organismo de los leucocitos alterados que le embarazaban y de los que le importaba mucho desembarazarse. Si no hay producción de pus, la acumulación en las vísceras de todos los desechos leucocitarios orgánicos y microbianos puede constituir el punto de partida de muchas inflamaciones crónicas, esclerosis y focos de degeneración: secuelas lejanas pero temibles de las enfermedades infecciosas.

Se comprende perfectamente que una «sangría leucocitaria» hecha á tiempo ha de ser el mejor medio de prevenir esas localizaciones, tan graves cuando se fijan en el peritoneo, la pleura, las meninges, las articulaciones y diversas vísceras. Ahora bien; parece ser que el procedimiento de elección para hacer el drenaje de los leucocitos que se han hecho peligrosos después de la victoria, es el absceso de fijación: lesión local provocada artificialmente en un sitio sin peligros y suprimible á voluntad, hacia la cual son atraídos y destruidos en gran parte los gérmenes circulantes en la sangre, y los leucocitos con las toxinas, microbios muertos, venenos y despojos de que se hallan cargados. Un absceso de fijación provocado á tiempo, no sólo puede impedir los «flujos leucocitarios» capaces de dar origen á una colección purulenta, sino también prevenir aquellos que habían de determinar una simple flegmasía visceral. Es un recurso terapéutico que produce con frecuencia resultados impresionantes, pero que exige para su aplicación ciertos

requisitos indispensables. En primer lugar, la esencia de trementina será inyectada en la parte media y externa del muslo, exactamente en el tejido celular, sin pasar nunca de 1 á 2 c. c. La evacuación del pus se verificará lo más tarde posible, hacia el sexto ú octavo día, por medio de una incisión amplia que vacíe completamente la colección purulenta formada, procurando que tanto la abertura como el drenaje y curas necesarias hasta la cicatrización completa, se lleven á cabo con todas las precauciones de la más rigurosa asepsia: desinfección de la región con tintura de yodo y limpieza minuciosa de las manos, ó mejor guantes de goma estériles, así como el instrumental y materiales de cura.

A pretexto de que así se hace una depuración más prolongada, es frecuente ver algunos enfermos á los que se les tiene bañándose en pus durante varias semanas, con trayectos fistulosos múltiples en conejera, grandes desprendimientos y fiebre constante por reabsorción del pus, que da á tales pacientes el aspecto de verdaderos tuberculosos. Esta conducta no debe imitarse, no debiendo tampoco olvidar que el abuso y la mala aplicación fué lo que hizo caer en el abandono y en el ridículo á los vejigatorios permanentes, á los sedales de repetición y á los cauterios con torvi-co. El absceso de fijación debe ser considerado como una terapéutica de excepción que no debe emplearse nunca en los casos leves, limitada de un modo exclusivo á las indicaciones siguientes: 1.^a Neumonías y bronconeumonías graves y fiebres puerperales; 2.^a Meningitis cerebrospinal resistente al suero y encefalitis epidémica grave; 3.^a Septicemias rebeldes y sobre todo septicopiohemias; antes de que se haya producido ninguna localización purulenta, sobre las cuales carece de toda acción el absceso; 4.^a Intoxicaciones graves, como los envenenamientos por el plomo, por el sublimado y por las setas.

Se hallan rigurosamente contraindicados los abscesos de fijación en los enfermos con edemas y en los diabéticos, siendo muy discutible su aplicación en todos aquellos casos en que sea difícil tratarlos de una manera rigurosamente aséptica, bien por recaer en medios en los que se desconocen las reglas más elementales de la limpieza, bien por tratarse de enfermos muy infectados, con escaras profundas ó delirantes que están constantemente ensuciando y manchando las ropas de la cama. Tampoco parece ser recomendable la piogénesis artificial al comienzo de las enfermedades de curso largo, tales como las fiebres tifoideas ó paratifoideas. En los niños y en las mujeres de tejidos delicados, la reacción puede ir más lejos de lo que se desea y dar lugar á vastas escaras, aun teniendo la precaución de mezclar la esencia de trementina con aceite de olivas para disminuir su causticidad. A más de escaras, el absceso de fijación puede dar lugar á hernias musculares si no se tiene el cuidado de hacer la inyección en pleno tejido celular, y aun á reacciones formidables y á graves complicaciones sobre los vasos femorales, cuando se pone la inyección en la cara interna del muslo. Otro de los accidentes del absceso de fijación es el posible dolor violento y, por último, la infección de la bolsa, pues aun cuando está llena de pus, hay que tener en cuenta que se trata de un pus estéril á cuyo nivel son transportados y destruidos rápidamente los microbios, gracias al poder antiséptico considerable de la esencia de trementina. Esto es lo que ha sugerido á Lesieur su denominación de «cepo de microbios», cosa que no ocurre cuando se emplea otra substancia irritante distinta de la esencia de trementina, en cuyos casos es fácil encontrar en el pus recogido los mismos gérmenes que en la sangre del sujeto infectado. (*Bulletin General de Therapeutique*, número 5, 1924.)—T. R. Y.

OBSTETRICIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Dos nuevas adquisiciones en la semiología del embarazo extrauterino, por el Dr. Paul Balard.—El aumento de frecuencia del embarazo extrauterino ha permitido á los clínicos precisar mejor su sintomatología, aun cuando, á decir verdad, dicho aumento de frecuencia quizá no sea más que aparente; lo que probablemente ocurre es que el embarazo extrauterino es hoy mejor conocido y, por lo tanto, diagnosticado más frecuentemente y operado con mayor precocidad.

Recientemente se han añadido dos nuevos signos á la semiología de la preñez extrauterina y del hematocele: el primero, es el dolor tardío elevado; el segundo, es el abombamiento unilateral de la pared abdominal.

El dolor tardío elevado ha sido ya registrado por Luen-go en esta misma sección correspondiente al núm. 3.678.

Nard (de Libourne) ha observado en un cierto número de hematoceles un abombamiento unilateral de la pared abdominal, que unido, claro está, á otros signos, le ha permitido siempre afirmar la existencia de un hematocele y desechár el diagnóstico de afección inflamatoria de los anejos. En efecto, parece ser que en las anexitis, la reacción peritoneal y la defensa de la pared que ella provoca, disimula y oculta todo abombamiento.

Así, pues, en todas aquellas afecciones recientes, de comienzo agudo, que no se remonte á más de quince días y cuya sintomatología haga dudar entre un hematocele y un padecimiento inflamatorio de los anejos ó del apéndice, no se vacilará un momento en afirmar un diagnóstico de hematocele, si se observa el citado abombamiento unilateral sub-umbilical.

La sintomatología tan delicada del embarazo extrauterino merece que sea tomado en consideración cualquier signo que ofrezca alguna certidumbre, ya que en esta materia un diagnóstico positivo trae como corolario inmediato la operación y ésta no es lo mismo hacerla pronto que tarde. (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales*, núm. 47, Bordeaux, 27 de Abril de 1924.)—T. R. Y.

APARATO CIRCULATORIO

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Contribución al conocimiento de las anastomosis arteriovenosas de las articulaciones (Su valor en anatomofisiología y en fisiopatología), por el Dr. O. Nuzzi.—Con los estudios realizados por el autor, ha podido convencerse de la existencia de comunicaciones vasculares directas entre arterias y venas (anastomosis arteriovenosas), de calibre superior y de distinta morfología, respecto á los capilares ordinarios. La prueba de la existencia de estas comunicaciones la ha obtenido Nuzzi mediante la aplicación de un método personal de exploración microrradiográfica, descrito en el trabajo é ilustrado con fotografías originales. Las investigaciones del autor han sido llevadas á cabo preferentemente sobre las articulaciones inferiores y especialmente en el cuerpo fetal. Así ha podido conocer la presencia de anastomosis directas arteriovenosas en la vida intrauterina. Termina el trabajo de Nuzzi con consideraciones acerca de la importancia de estas anastomosis en anatomofisiología y en fisiopatología. (*Rinascenza Medica*, núm. 18, 15 de Septiembre de 1924.)—E. LUENGO.

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Sedical. — En el Instituto Nacional de Higiene. — Sección oficial: Gracia y Justicia. — Instrucción Pública y Bellas Artes. — Gobernación. — Montepío facultativo. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Justo homenaje en la Sociedad de Higiene. — Los mutilados de la guerra. — El próximo Censo madrileño.

Con gusto comenzamos nuestra crónica de hoy, asociándonos al acto del justo homenaje que, en la sesión anual de inauguración de la Sociedad de Higiene, se prestó al general de Sanidad Militar retirado, nuestro querido é ilustre amigo el excelentísimo Sr. D. Angel Fernández Caro.

Presidió el acto el subsecretario de Gobernación, Sr. Martínez Anido, en quien son siempre de agradecer las deferencias é inclinaciones que muestra hacia los actos médico-sanitarios afirmando sus buenos deseos y su interés por el mejoramiento de los importantes servicios que ello representa. Del programa de esta sesión, en lo que tuvo de ordinaria, daremos oportuna cuenta, limitándonos por hoy á lo que tuvo de excepcional y extraordinaria.

Había esta misma Sociedad Española de Higiene, de glorioso abolengo, propuesto al Gobierno de S. M. al Sr. Fernández Caro, su celoso y entusiasta presidente, para que premiara sus indiscutibles servicios en pro de la Sociedad y, por ende, de la cultura sanitaria y del mejoramiento de la salud pública, y la propuesta simbolizada en pedir la Gran Cruz de Beneficencia para dicho señor, fué rápidamente atendida por el Consejo del Directorio, colaborando luego la Sociedad de Higiene con la nueva atención representada por el regalo de las lujosas insignias que ha de lucir en recuerdo suyo el agraciado.

Impuso la placa y la banda el mismo Sr. Martínez Anido, y el Sr. Fernández Caro con su habitual, sentida y correcta elocuencia dió las gracias al Gobierno y á los concurrentes, que recibieron con nutridos aplausos sus conmovedoras frases.

EL SIGLO MÉDICO no es un periódico político; pero es un periódico español, castiza, profunda é inquebrantablemente español, y si en todo caso procura no desmentir esta condición de que se envanece y jacta, en ninguno mejor que en este perío-

do que atravesamos puede buscar ocasión de demostrarlo, colaborando con la iniciativa modesta que le es dada á la obra patriótica y nacional que se desenvuelve en la guerra marroquí y en sus consecuencias, únicos pensamientos que deben atraer la atención de todos los verdaderos patriotas, dejando para mejor ó peor ocasión las discusiones, los propósitos y las actuaciones de todo otro género.

Que los médicos representan en todas las guerras un papel transcendental é importante, es cosa indiscutible; pero es necesario no olvidar que su intervención no ha de limitarse tan solo á la que impone durante las acciones la traumatología y la epidemiología y la higiene militar durante toda la campaña. No: el médico, mejor que nadie, por su triste misión en la sociedad, ha de comprender primero y seguir con mayor preocupación después, la que en todos produce el destino de esos seres que en la defensa del más alto de los ideales temporales, el amor de la patria, han sacrificado una capacidad física y un valimiento para el esfuerzo futuro en la lucha por la vida.

Si en época relativamente normal se ha dejado transmitir el deseo de amparar á los inválidos y mutilados de las guerras, como se dejó ver repetidas veces en el Senado, pidiendo un querido amigo nuestro que les fuesen concedidos los destinos de ujieres de dicha Cámara, ¿cómo no han de tomar cuerpo mayor y con más entusiasta efusión éste y análogos pensamientos, hoy que una gran parte de la juventud que enviamos á la guerra, válida y floreciente, vuelve de ella con alguna invalidez ó con mutilaciones que, si no para todos, la imposibilitan para muchos de los menesteres físicos de la vida?

En nuestro colega *A B C*, un noble y elevado espíritu, el del insigne escritor Sr. Salaverría, ha publicado últimamente trabajos que, quizás sin él saberlo, coincidían con otros no escritos que en el mismo sentido se llevaban á cabo. No podría haber nada más simpático para los médicos españoles que el de hacer llegar en todas las formas posibles indicaciones y propuestas para lograr que, aparte de los habituales medios con que el Estado acude al socorro de tales inválidos, se les ofrezcan situa-

ciones, empleos y puestos, que por los adelantos de la moderna cirugía y los medios educativos que remedian las mutilaciones, pueden hoy, mejor que nunca, desempeñarse.

El despacho de los estancos puede lo mismo desempeñarse por un cojo que por un hombre normal; lo mismo puede decirse de las loterías; en el Reichstag alemán y en las Cámaras francesas hemos visto entrar cartas y vasos de agua á ujieres á quienes faltaba un brazo, y en la custodia de los museos extranjeros, en el servicio de los ascensores, abundan casos análogos.

Sabemos que el Estado no desampara los inválidos; pero lo que nosotros proponemos no empece ni embaraza tan noble y santa función, sino que viene á completarla y perfeccionarla, no apartando al inválido de poder en el seno de la sociedad y de la familia seguir desempeñando el papel de ciudadano apto para todas las funciones físicas y sociales.

Por desgracia, géneros hay en invalidez, como la ceguera absoluta, la pérdida de varios miembros en un mismo individuo, etc., para los cuales podrían enfocarse y fortalecerse los remedios que hoy se presentan como difíciles y escasos para las necesidades impuestas por la justicia y el patriotismo.

Se han repartido ya los impresos oficiales para la inscripción en el padrón madrileño de los individuos que se encontraban como residentes ó transeúntes en esta Corte el día 1.º de Diciembre del corriente.

Sobre tal estadística administrativa llamamos muy particularmente la atención de los médicos, por tener ella, mejor dicho, los resultados que de ella se deduzcan, grande importancia para los intereses que nos preocupan.

Tenemos el profundo convencimiento, no sólo determinado por la impresión general, sino demostrado por hechos prácticos, de que en Madrid existe una cantidad considerable de población, que no aparece inscrita en los censos.

Basta ver á cualquier hora del día ó de la noche el acrecentamiento inusitado que la circulación por las vías públicas y la concurrencia á todos los locales ha tenido, lo mismo los puntos céntricos que los periféricos y alejados, para poder asegurar que la población ha triplicado numéricamente en los diez últimos años. La absoluta falta de viviendas, el hacinamiento en las que se encuentran alquiladas, la extraordinaria multiplicación de los hoteles y casas de viajeros son otros tantos hechos que se imponen al convencimiento, pero que no

aparecen debidamente consignados en las estadísticas oficiales.

Unase á esto la impunidad con que se consiente á las personas particulares y á los empleados públicos con residencia en los edificios oficiales el alojamiento de personas, que rara vez se declaran, por rehuir impuestos ó responsabilidades, y seguramente se estará de acuerdo con lo primero que apuntamos, es decir, con que Madrid cuenta hoy con una población mucho más numerosa de lo que arrojan las cifras oficiales.

Ahora bien; ¿por qué esto puede importar más á los médicos que á nadie? Claro está que en resumen, debiera importarles lo mismo; pero les importa más porque ellos necesitan datos fijos, ó por lo menos muy aproximados, de la mortalidad y la morbilidad en todos los centros de población, para poder acudir al remedio en aquéllos en que tales cifras resulten exageradas. Pues bien: la cifra de mortalidad de una población se obtiene por el cociente del número de los habitantes, por la cifra de las defunciones registradas.

Estas últimas, esto es, las defunciones, no pueden ocultarse, pues los muertos han de recibir sepultura y al recibirla son inscritos en un registro tan triste como exacto; pero los vivos, los vivos pueden intencionada ó inconscientemente escapar al engrosamiento de la cifra que ha de ser dividida por la que la mortalidad arroja, y si esta cifra de los vivos es artificiosamente menor, claro está que su división por la de los muertos ha de arrojar una proporción inexacta y exagerada.

Es, pues, necesario que en todas las formas y juicios en donde podamos influir y aconsejar, lo hagamos en el sentido de que las declaraciones del Censo sean absoluta é irroprochablemente exactas, y para ello pueden muy bien las autoridades municipales, civiles y gubernativas, castigar duramente á los ocultadores, ocultantes y ocultados.

DECIO CARLAN

Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

Actuó la ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA, el lunes 24, bajo la presidencia del Dr. Cifuentes.

El Dr. Alvarez Salazar procede á la lectura de una comunicación en que con el lema «Psicastenia y Matrimonio» historia el caso de una distinguida y exquisita joven de veintidós años, que fuertemente impresionada por la obsesión de transmitir la tuberculosis de que vió morir á una amiguita, y de que más tarde contempla afecta á su propia madre, se siente impulsada por manifiesto horror é ideas delirantes en evidente desacuerdo con la realidad de las cosas y su condición. De mano maestra detalla el desenvolvimiento y sintomatología del proceso en que juegan importante papel las relaciones de la enferma con un brillante joven ingeniero; su terminante oposición al matrimo-

nio, para todos halagüeña, y episodio emocionante y Donjuanescos á que la negativa da lugar y á su presencia se desarrolla, obligándole á intervenir aconsejando la reflexión y tranquilidad, cuya resultante fué la reanudación de relaciones, la consumación posterior del matrimonio, oposición obstinadamente sostenida por tres años á la función sexual, embarazo, etc., durante cuyas fases sufre exacerbaciones y remisiones, que lejos de influir en sentido favorable exacerbaban, agravan y complican la situación... cosas son que le permiten ratificarse en el acondicionado juicio por él sostenido (frente á la opinión de otros compañeros más optimistas, para quienes en casos de esta naturaleza el matrimonio es la única solución), de que no es, ni mucho menos, el matrimonio, la panacea capaz de curar las neurastenias ni las infinitas modalidades que adoptan y complicaciones que acarrear. Interviene el Sr. Sánchez Banús abundando en el criterio de no ser el matrimonio en tesis general recomendable en estos estados en que existen perturbaciones fundamentales de complejo sexual, que no pueden tomarse como tipos. Opina el Sr. Sánchez Herrero que la psicastenia depende de la hipobulia ó absoluta falta de voluntad y que el tratamiento racional estriba en la autosugestión y sugestión especializada, y que no debe aconsejarse el matrimonio en tanto que la psicastenia subsista y no hayan de nuevo reaparecido sensiblemente la voluntad de acción y la voluntad freno. Rectifica el Sr. Alvarez Salazar hablando de la manía religiosa, tan frecuente en la pubertad, y del choque violento que la enfermedad de la madre la produjo; así como del partido que puede sacarse y precisas indicaciones á que se prestan, tanto la psicoterapia racional como la sentimental, terminando por encomiar la conveniencia de subdividir y distraer la atención de esta clase de enfermos hacia variados objetos ó ocupaciones, entre las cuales como prototipo cita el estudio de las matemáticas, á cuyas expensas han podido registrar algunas definitivas curaciones.

Terminada la sesión pública, la Academia quedó reunida para tratar de cuestiones de régimen interior, acerca de las que nada hemos de decir, á pesar de la completa información que nos transmiten, por no sacar á la calle pequeñeces, tiquis miquis y miserías que bien quisiéramos quedaran de una vez para siempre desterradas de organismos en que por otra parte dignísimamente se halla representada la clase médica, que tan brillante contingente aporta al progreso de la ciencia y á la cultura general del país.

El ilustre argentino Dr. Arce, al efecto invitado por el profesorado del INSTITUTO RUBIO, visitó detenidamente las enfermerías, instalaciones y dependencias de tan importante centro cultural y benéfico, prestando especial interés al pabellón creado y sostenido á expensas de los condes de Romanones, en que el Dr. Durán sometió á su consideración unos cuantos raros é interesantes casos clínicos.

El Dr. Arce que presenció complacido en primer término una brillante intervención quirúrgica por el Dr. Stlocker practicada con la maestría que le es propia, realizó á su vez una laparotomía por proceso ginecológico en que bien demostrada quedó su pericia y excepcionales aptitudes operatorias.

El director del Instituto Dr. Soler entregó con entusiásticas frases al eximio rector de la Universidad de Buenos Aires el título de profesor honorario, que éste aceptó reconociendo, haciendo patente su admiración y cariño á la Institución que de tal suerte le honraba y á la madre común España.

Aprovechó el Dr. Stlocker tan buenas disposiciones para

abogar en pro del mejoramiento de los profesores españoles que en la Argentina ejercen; y el Dr. Arce ofreció complacerle contribuyendo á tal fin hasta donde sus fuerzas alcanzan y llevando por delante los ecos de confraternidad por él y sus compatriotas en España recogidos.

El Dr. Muñozerro fué el encargado de explicar la tercera lección de la serie, el jueves 27, en la SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE MADRID con el tema «Inmunología de la escarlata y sarampión».

El conferenciante, que ya en otras ocasiones ha dejado oír su voz animado del mismo convencimiento y propósito de que, por lo que se desprende de sus reiteradas é insistentes manifestaciones, ha llegado á sentirse plenamente saturado, de nuevo pasó revista á cuanto se ha dicho, hecho y publicado en estas últimos tiempos en relación á la inmunidad que está probado positivamente puede adquirirse en la difteria, escarlata y sarampión.

En corroboración de su aserto, habla de los resultados en este terreno conseguidos por los tan reputados como sagaces experimentadores Dres. Dick y Ginge, que claramente han puesto de manifiesto: la variedad de gérmenes; los que de estos experimentalmente son ó no inmunes; y la técnica y empleo del suero estreptocócico hemolítico con sangre de convalecientes confeccionado y que á maravilla garantiza la inmunidad.

Se lamenta del aterrador contingente del 41 por 100 de defunciones en la Inclusa de Madrid, por el Dr. Bravo Frías y él registradas en las últimas epidemias de sarampión; y dice, en su consecuencia, que ha pasado ya el tiempo de que estos afectos sean tratados con rudimentarias y deficientes prescripciones higiénicas, sabiéndose á ciencia cierta que por el empleo de la reacción de Dick pueden ser curados.

Cita como demostración concluyente en que estos efectos quedaron comprobados: el caso de un árabe atacado de sarampión hipertóxico grave, prontamente aliviado; el de otro niño en parecidas circunstancias, el de siete más por el mismo procedimiento tratados con inmejorables resultados, y el de tres que en la actualidad tiene en tratamiento; terminando su discurso con la súplica de que el presidente de la Sociedad de Pediatría convoque á una sesión exclusivamente destinada á discutir asunto de tan capital importancia para la niñez y densidad de población; porque si como espera, sus puntos de vista son reconocidos y aceptados, conveniente sería elevar al Gobierno unas conclusiones pidiendo la implantación del servicio para el que únicamente éste se halla capacitado.

El Sr. Muñozerro, hondamente convencido de las ventajas del procedimiento que divulga, escuchó muchos aplausos y felicitaciones á que gustosos añadimos la nuestra.

En la REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA fué con interés escuchado el profesor de la Facultad de Buenos Aires Dr. D. Alberto Gutiérrez, hijo de nuestro compatriota D. Avelino, que pronunció una notable disertación basada en el tema «Consideraciones anatomoquirúrgicas sobre las vías biliares extrahepáticas».

El Dr. Stlocker hizo la presentación, poniendo de relieve el bagaje científico y aptitudes que al Dr. Gutiérrez acompañan; y éste da las gracias y comienza su discurso haciendo ver las radicales innovaciones en la operatoria en general introducidas, y la frecuencia y relativa facilidad con que hoy se interviene en procesos considerados hasta fechas recientes punto menos que inaccesibles.

Describe á seguida anatómicamente los diversos componentes que integran el aparato secretor biliar, y las anomalías y rarezas que en el mismo frecuentemente se observan, fijándose muy en particular en la fusión de los conductos biliares, y en la técnica que tanto en la ligadura de éstos, como en las del ligamento cistoduodenal, conviene tener presentes para evitar las pseudolitiasis biliar postoperatorias, y concluye dando á conocer unas cuantas proyecciones en que claramente quedan revelados y demostrados los distintos aspectos, modalidades y técnicas á que más atrás hacemos referencia.

El secretario Dr. Pulido entrega al conferenciante el título de socio correspondiente, terminando el acto con los unánimes aplausos y felicitaciones de la concurrencia.

* *

Terminó la última semana de Noviembre en el INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE DE ALFONSO XIII con la exhibición del cubano Dr. Le Roy Cassá, jefe de la Demografía Sanitaria Nacional y secretario de la Academia de Ciencias Médicas de la Isla, que sobre sus hombros echó la ingrata tarea de hablarnos de «La organización sanitaria de la Isla de Cuba», bordeando con hábil mesura el probable despertar de susceptibilidades no siempre bien predisuestas á transigir con el desdén y la injusticia. Afortunadamente, el Dr. Pittaluga (que además de los cinco sentidos de que todo mortal está dotado, se halla en posesión del que el gran Martos apodaba el sexto, que es el de hacerse cargo de las cosas), por delegación del Dr. Tello, llevó á cabo la presentación del conferenciante con justeza y acierto plausibles, tanto al enumerar los méritos y comisiones por el Dr. Le Roy en distintos países de Europa desempeñados, como al hacer oportuna mención de efemérides históricas que á despecho de la voluntad de los hombres acercan ó alejan á éstos y á los pueblos la plenitud de un derecho ó la fuerza de las circunstancias.

Desbrozado ya el terreno, el Dr. Le Roy da las gracias, y afectuoso y emocionado da comienzo á su conferencia saludando á los concurrentes, á cuya consideración expone y somete: las aterradoras y vergonzosas cifras, 72 por 1.000, á que alcanzó la mortalidad durante nuestra nefasta administración; los inauditos estragos causados por la fiebre amarilla y paludismo estoicamente considerados como fatal é ineludiblemente anejos á la falta de aclimatación y condiciones climatológicas del país; las tentativas de saneamiento propuestas por nuestra Sanidad militar y los escollos y dificultades que á su realización se oponían; las radicales y draconianas medidas por los norteamericanos tomadas ante tal estado de cosas, ordenando y llevando á cabo en primer término una rigurosa limpieza general y raspado; la exigencia de responsabilidades á todo el que no coadyuvara al saneamiento; la racional, metódica y científica campaña con grandes bríos iniciada y perseverantemente proseguida con arreglo á las indicaciones y experiencias de Filde contra la fiebre amarilla, viruela y paludismo, acorralados y perseguidos hasta su completa extinción; los maravillosos resultados obtenidos en la salubridad pública por la perfecta organización sanitaria hoy en funciones; la notable rebaja de la mortalidad reducida al 17..., todo ello demostrado y reflejado en estadísticas minuciosamente contrastadas, constituyó en abreviada síntesis la enjundia de la conferencia, que al ser muy justamente aplaudida nos sonrojaba.

No podrá quejarse el Dr. Le Roy del comedido y respetuoso silencio con que sus comparaciones y apreciaciones fueron recibidas y escuchadas.

SEDISAL

EN EL INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE

Leemos en A B C:

El miércoles 27, á última hora, dió su primera conferencia en el salón de actos del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII el Dr. D. Gustavo Pittaluga, acerca del tema «Epidemiología y organización sanitaria general de los países bálticos», cuyos países, Yugoslavia, Grecia, Bulgaria y Rumania, recorrió el conferenciante este verano.

Asistieron muchos médicos, estudiantes de Medicina, todo el Cuerpo facultativo y los alumnos de los cursos de Bacteriología é Higiene del Instituto y *el alto personal de la Higiene general de Sanidad*.

El Dr. Pittaluga comenzó su discurso agradeciendo al director del Instituto la invitación que le hizo para que diera un curso de conferencias acerca de los estudios y observaciones que había hecho durante su viaje por los países bálticos y Rusia acerca de las enfermedades infecciosas, y al desarrollar el tema de su disertación, hizo una exposición de las condiciones de los territorios y pueblos que constituyen hoy el reino de los serbios, croatas y eslovenos antes de la formación de la nueva nacionalidad, comparando la situación de antes de la guerra con la actual en lo referente á instituciones sanitarias, material, edificios, asistencia pública, protección á la infancia, etc.

Utilizó el Dr. Pittaluga un aparato de proyecciones para reproducir ante el numeroso auditorio interesantes paisajes, edificios, laboratorios y cuanto constituye la nueva organización sanitaria de Yugoslavia, una de las fases de renovación que domina en aquel país.

Hizo grandes elogios del ministro de Sanidad de Yugoslavia, Dr. Stampar, á quien se deben las reformas y el haber recibido la nación una parte considerable del importe de las reparaciones debidas por Alemania en material sanitario.

Señaló después el conferenciante los defectos del sistema adoptado por Yugoslavia relacionados con la improvisación de los servicios y la falta de asistencia profesional médica, principalmente en la población rural, por carencia de médicos.

Terminó el Dr. Pittaluga su interesante conferencia comentando algunos datos referentes á enfermedades infecciosas en la población yugoeslava y comparando las cifras de los últimos años.

El conferenciante fué muy aplaudido y felicitado.

Sección oficial.

GRACIA Y JUSTICIA

Subsecretaría.

Debiendo proveerse por concurso, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 11 del Real decreto de 11 de Julio de 1886, la plaza de ayudante del Laboratorio Médico-legal de Barcelona, dotada con el haber anual de 2.500 pesetas, vacante por haber sido separado D. Manuel Llenas Fernández, que la desempeñaba, los aspirantes á la expresada plaza presentarán sus solicitudes documentadas en la Secretaría de gobierno de la Audiencia de Barcelona dentro del término de veinte días, á contar desde el siguiente al de la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, acompañando original ó testimonio del título de doctor ó licenciado en Ciencias Naturales, así como todos aquellos títulos ó documentos que á cada interesado convenga presentar y que acrediten servicios y conocimientos especiales dentro de su

profesión, ó técnicos con buena nota en Laboratorios oficiales ó particulares de existencia pública reconocida, ó haber intervenido como Peritos en la Administración de justicia, según lo prevenido en el art. 7.º del mismo Real decreto para la plaza de profesor auxiliar.

Madrid, 26 de Noviembre de 1924.—El subsecretario, *García-Goyena*. (*Gaceta del 3 de Diciembre*.)

INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

D. Cándido Constantino Navarro y Vicente acude á este Centro en súplica de que se le expida un duplicado de su título de licenciado en Medicina, por habersele extraviado el que se le expidió en 16 de Diciembre de 1890.

Lo que se hace público á los efectos del Real decreto de 27 de Mayo de 1855.

Madrid, 18 de Noviembre de 1924.—El subsecretario, *Leóniz*. (*Gaceta del 27 de Noviembre*.)

GOBERNACIÓN

Dirección General de Sanidad.

En cumplimiento de lo dispuesto por Real orden de esta fecha se convoca á concurso para la provisión de las plazas vacantes de inspectores provinciales de Sanidad de Oeneca, Huesca, León, Logroño y Teruel, entre los inspectores en activo, los excedentes del Cuerpo y en expectación de destino, así como las que pudieran resultar vacantes con motivo del mismo, debiendo los aspirantes al citado concurso presentar sus instancias en el Registro general de este Ministerio, dentro del plazo de diez días, á contar del siguiente al de la publicación de la presente en la *Gaceta de Madrid*.

Madrid, 26 de Noviembre de 1924.—El director general, *Francisco Murillo*. (*Gaceta del 27 de Noviembre*.)

En cumplimiento de lo dispuesto por Real orden de 17 del actual, se convoca á oposiciones para la provisión de 19 plazas vacantes de oficiales primeros de Administración civil en el Cuerpo Médico de Sanidad exterior.

Los aspirantes que reúnan las condiciones que se señalan en el Reglamento que para dichas oposiciones se publica á continuación, presentarán sus instancias en la Inspección general de Sanidad exterior hasta el 31 de Marzo de 1925, debiendo documentarlas convenientemente para acreditar los extremos á que el Reglamento hace referencia.

Los ejercicios darán comienzo en la primera quincena de Abril de 1925.

Lo que se hace público para general conocimiento.—Madrid, 19 de Noviembre de 1924.—El director general, *Francisco Murillo*.

Reglamento para las oposiciones á Oficiales del Cuerpo Médico de Sanidad exterior.

Artículo 1.º Para tomar parte en los ejercicios de oposición á ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad exterior, será preciso haberlo solicitado del director general de Sanidad antes de expirar el plazo que se indica en la circular de convocatoria, acompañando los documentos que justifiquen los extremos siguientes:

- A) Ser español ó estar naturalizado en España.
- B) Tener la aptitud física necesaria para los servicios que se han de prestar, teniendo en cuenta que aparte del

certificado facultativo que acredite este extremo, podrá el Tribunal de oposición someter al opositor á reconocimiento, si lo juzga necesario.

C) Haber satisfecho 50 pesetas en metálico por derechos de oposición al presentar sus documentos en la Inspección general de Sanidad exterior acreditándolo con papeleta que se le expedirá al efecto.

D) No haber sido expulsado de ningún Cuerpo del Estado (declaración jurada), ni encontrarse sujeto á procedimiento judicial.

E) No exceder de cuarenta años de edad.

Art. 2.º Por el Ministerio de la Gobernación se nombrarán los Tribunales que han de juzgar el ejercicio previo y las oposiciones, de acuerdo con lo dispuesto en el referido Reglamento de Sanidad exterior.

Art. 3.º El día anterior al del comienzo de los ejercicios se efectuará un sorteo público de todos los opositores, quienes actuarán por el orden que del mismo resulte.

Art. 4.º Para ser admitido á las oposiciones precederá un examen de francés, inglés, geografía comercial y nociones de Derecho administrativo, con arreglo al programa correspondiente á estas dos últimas asignaturas.

Art. 5.º No se admitirán más faltas que las producidas por enfermedad, y esto sólo para el examen previo y primer ejercicio de oposición.

El opositor que no se presente á actuar en el día que tenga señalado para dichos ejercicios y no haya excusado previamente y por medios de certificación facultativa su falta de asistencia, quedará excluido de las oposiciones, así como también quedará excluido de ellas el opositor que dejara de presentarse al llamamiento de segunda vuelta, sea cualquiera la causa que lo motive.

En los demás ejercicios no se admitirá excusa alguna, quedando excluido el opositor, sea cualquiera la causa de su falta de asistencia.

Art. 6.º Al presentarse el opositor ante el Tribunal exhibirá y firmará la papeleta que acredite haber satisfecho la cantidad de 50 pesetas á que se refiere el art. 1.º, letra C, cuya firma cotejará el secretario con las de la solicitud, perdiendo aquél todos sus derechos si las firmas en su letra y rúbrica no fuesen iguales.

Art. 7.º Los ejercicios de oposición serán cuatro: uno teórico y tres prácticos. La calificación en cada uno de los tres primeros ejercicios se hará por el sistema de puntos, y cada juez podrá dar de uno á diez, como máximo; el total obtenido por cada opositor dará la calificación en cada uno de estos ejercicios.

El opositor que no reúna 25 puntos por lo menos, en cualquiera de los tres primeros ejercicios, no podrá realizar el siguiente, quedando excluido de las oposiciones.

En el último ejercicio no se calificará por puntos. Al terminar éste todos los opositores, el Tribunal los clasificará definitivamente, teniendo en cuenta la clasificación que obtuvieron en los ejercicios anteriores y el concepto que le hubiesen merecido en este último. Una vez clasificados, se hará la propuesta de ingreso en el Cuerpo en la cual no podrá figurar mayor número de aspirantes que el correspondiente á las plazas que hayan sido declaradas afectas á la oposición.

Art. 8.º Diariamente se expondrá al público una lista autorizada por el secretario y con el visto bueno del presidente, con el nombre de los opositores que hubiesen actuado y obtenido los 25 puntos, por lo menos, á que se refiere el artículo anterior.

Art. 9.º El primer ejercicio de oposición consistirá en la contestación oral por cada opositor, durante un espacio de

tiempo no mayor á una hora, á cinco preguntas sacadas á la suerte, dos de cada grupo de los dos primeros de que consta el programa y una del tercero. La práctica de este ejercicio se atenderá á las siguientes reglas:

1.^a Constituido el Tribunal en el día y hora señalados, se dispondrán tres bombos, introduciendo en cada uno de ellos tantas bolas numeradas como preguntas tiene el programa, de la manera siguiente:

En el primer bombo: Materias de Higiene general y naval y Defensa sanitaria.

En el segundo: Epidemiología, Microbiología, Parasitología y Patología de las enfermedades infecciosas, comunes y exóticas; y

En el tercero: De Legislación y Administración sanitarias.

2.^a Cada opositor sacará, cuando le corresponda actuar, cinco bolas, según se dispone en el art. 2.^o.

3.^a Las bolas ó preguntas que cada día saquen los opositores, no volverán á entrar en suerte hasta el día siguiente.

4.^a El Tribunal no hará observación alguna á los opositores cuando éstos actúen. Sólo el presidente podrá indicar el tiempo que va invertido en los temas y llamar la atención del opositor cuando esté fuera del que le hubiera tocado en suerte.

Art. 10. El segundo ejercicio consistirá en la resolución práctica de un problema de Laboratorio sobre Microbiología ó Parasitología aplicada á la Higiene, y otro sobre reconocimiento y análisis de sustancias alimenticias, ajustándose ambos á las reglas siguientes:

1.^a El Tribunal dividirá á las opositores en grupos por orden correlativo del número que les haya correspondido en el sorteo celebrado al empezar las oposiciones, ó actuarán todos á la vez, si fuera posible, á juicio del Tribunal.

2.^a Constituido el Tribunal, procederá éste á determinar los puntos que han de ser objeto del ejercicio práctico de Laboratorio y que se han de referir á la resolución de un problema de Microbiología ó Parasitología con aplicación á la higiene, principalmente relacionado, si es posible, con el diagnóstico bacteriológico del cólera ó de la peste, investigando al efecto el microorganismo específico en un cultivo, en un animal inoculado ó en un producto patológico cualquiera, donde pueda encontrarse el microorganismo de que se trata y el reconocimiento y análisis de sustancias alimenticias.

3.^a Acordados los problemas que han de ser objeto de este ejercicio y que han de ser los mismos para los individuos de un grupo ó para todos los opositores, según actúen todos á la vez ó en grupo, se entregará á cada opositor la materia sobre la que habrá de efectuar su trabajo, indicándole el local en que han de ejecutar éstos, y en el cual se les suministrarán por el jefe del mismo todos los medios, aparatos y productos que necesiten, bajo la vigilancia que el Tribunal acuerde.

El actuante podrá consultar cuantos libros, apuntes y datos necesite, ya sean de su propiedad particular, ya procedan de la biblioteca del establecimiento donde actúen.

El Tribunal fijará el plazo máximo que considere necesario para la completa resolución del problema, haciéndolo saber á los opositores al principiar éstos sus investigaciones.

4.^a Cada opositor expresará por escrito el resultado de las investigaciones practicadas, la marcha seguida y la conclusión final obtenida, con cuantas consideraciones estime procedentes sobre la materia.

(Continuará.)

MONTEPÍO FACULTATIVO

SECRETARÍA GENERAL

ANUNCIO DE PENSIÓN

D. Juan Rodríguez Sierra García, médico y socio de este Montepío, solicita pensión de jubilación.

Lo que se publica para conocimiento de la Sociedad y á los efectos del Reglamento.

Madrid, 6 de Noviembre de 1924.—El secretario general, *Marín*.

1

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,1; ídem mínima, 692,8; temperatura máxima, 11° 8; ídem mínima, 0° 3; vientos dominantes, SO. OSO.

Se ha registrado durante esta semana innegable aumento en el número de las afecciones reumáticas agudas y de las exacerbaciones de las crónicas. Las bajas barométricas exageradas se han dejado sentir por fenómenos asmáticos y de conflicto circulatorio en los sujetos arterio-escleróticos con localizaciones vasculares ó cardíacas.

En los niños no se ha observado ninguna forma epidémica, aparte de las estacionales determinadas por enfriamientos.

Crónicas.

Notas de Bilbao.—La Diputación provincial de la capital de Vizcaya ha celebrado una importante reunión en la que se acordó la construcción de un Sanatorio antituberculoso en uno de los próximos montes de Vizcaya.

El Dr. Laso ha puesto á disposición de la iniciativa cien mil pesetas, recaudadas en la Fiesta de la Flor.

—Los médicos del Hospital civil han diagnosticado que una mujer, que ingresó en dicho establecimiento hace mes y medio, procedente de Ríojaneiro, padece lepra, y han puesto el caso en conocimiento del inspector de Sanidad para que por éste se adopten las medidas preventivas que sean oportunas. La enferma ha quedado aislada en un pabellón del hospital.

—Se han presentado en Bilbao dos casos de viruela en dos personas que recientemente han llegado á la villa.

Los dementes y la Diputación de Madrid.—En la sesión celebrada el día 28 de Noviembre por la Diputación y al discutirse un acuerdo relativo á la adquisición de un edificio para instalar el Manicomio provincial, el Sr. Alvarez Salazar se pronunció en contra de tales adquisiciones, por entender que previamente se debe oír la opinión de los médicos especializados en la asistencia de dementes y la de los arquitectos que han de secundar á aquéllos.

El Sr. Bauer lamentó que se haya dejado perder la ocasión de adquirir la finca que para este objeto se proponía y existe en Aranjuez. Dijo que por su cuenta ha mandado hacer la impresión y tirada de una Memoria relativa á la creación del Manicomio provincial, obra del profesor de la Beneficencia provincial D. Ricardo Pérez Valdés; Memoria de la que ha dicho un eminente especialista alemán que «no creía hubiera en España capacidad tan grande para redactar un informe tan luminoso».

Se trató también de la estancia de los dementes que sostiene la provincia en diferentes manicomios, y quedó confirmado el acuerdo aumentando la pensión de los alienados en el Manicomio de señoras de Ciempozuelos, donde serán admitidas las enfermas de esta clase en número ilimitado, á fin de dejar de enviarlas al Manicomio de Valladolid.

Un caso infantil de altruismo.—Comunican de Vitoria que el gobernador civil ha encabezado la suscripción abierta por la Prensa local para regalar á la niña Julia Angulo la insignia de la cruz de Beneficencia, que le fué recientemente concedida por el Gobierno por el sacrificio que hizo la niña al ceder trozos de su piel para injertarlos á un hermano suyo que se hallaba gravemente enfermo, el cual se salvó.

La viruela.—De poco servirá que la campaña emprendida en Madrid sea coronada por el éxito, si las demás autoridades españolas se cruzan de brazos ante el mal que parece haber asaltado por los cuatro puntos cardinales á nuestro país.

De Bilbao, de Granada y otras provincias, proceden noticias comunicando la existencia de casos de viruela, por el pronto poco numerosos.

De Écija manifiestan que entre el personal forastero que trabaja en la recolección de la aceituna existe una intensa epidemia de viruela y que se han registrado numerosas defunciones.

Las autoridades han adoptado medidas sanitarias para la extirpación de la epidemia y para evitar que se propague á otras comarcas.

El radium.—Comunican de Praga, capital de Checoslovaquia, que la producción de radio en lo que va de año se eleva al peso de 2 gramos.

Las existencias de esta substancia en la actualidad son 11 gramos.

Nueva Casa de Socorro.—El día 25 de Noviembre recibió el alcalde las obras terminadas del edificio que el Ayuntamiento ha construido para nueva Casa de Socorro en el distrito de Palacio.

Se propone el alcalde que el mobiliario y el material se adquieran á la mayor brevedad, para que comience á funcionar esta Casa de Socorro y sea cerrada la que hay por carecer de condiciones para el fin á que estaba destinada.

Nuevo hospital en Jaén.—El día 2 de los corrientes tuvo lugar en Jaén el acto inaugural del edificio y servicios del hospital costado por las damas de la Cruz Roja de aquella provincia.

El edificio, aunque no de grandes dimensiones, es suficiente y espacioso y está dotado de material moderno.

Al acto asistieron las autoridades administrativas y sanitarias, la presidenta de aquel sector de la Cruz Roja, Marquesa del Rincón de San Ildefonso, los médicos y enfermeras del hospital y numeroso público.

Función benéfica.—Los alumnos de la Facultad de Medicina han organizado una gran velada teatral patrocinada por S. A. R. el Príncipe de Asturias, que se celebrará el día 10 de Diciembre de 1924, á beneficio del Colegio de Huérfanos de Médicos, dedicando un cariñoso recuerdo á médicos ancianos, desvalidos y viudas pobres para corroborar la benéfica obra de Protección Médica, representada por alumnos de la Facultad de Medicina y dirigida por el insigne dramaturgo D. Jacinto Benavente. Los Sres. Manrique de Lara y Morente han visitado al presidente del Patronato del Colegio de Huérfanos, al que le han dado cuenta de las diversas gestiones que han llevado á cabo y la esperanza que tienen en la lucidez del acto que se celebrará en el Teatro de la Princesa con el siguiente programa:

- 1.º Sinfonía.
- 2.º Allocución, por D. Jacinto Benavente.
- 3.º La comedia en cuatro actos y en prosa, de los hermanos Álvarez Quintero: *Amores y Amorios*.
- 4.º El pasillo en un acto y en prosa de los hermanos Quintero: *Los Meritorios*.

Asistirán SS. MM. y AA. RR.

Nos satisface mucho la obra de los jóvenes estudiantes que, aún siéndolo tanto, se dan cuenta perfecta de la necesidad por que atraviesan muchos médicos, viudas y huérfanos.

Caso curioso.—Leemos en la prensa diaria:

«En el pueblo de Montecillo (Burgos) vive una mujer llamada Amalia Baranda, que, según se dice, desde hace cuatro años no come ni duerme.

Parece que los dolores que le ocasiona una dolencia pertinaz le impiden conciliar el sueño, y, contra los pronósticos de la Ciencia, Amalia no se encuentra en grave peligro, y todavía espera que llegue el día de su curación. No sabemos si también tiene la esperanza de volver á comer.

Afirman las personas que han tenido ocasión de comprobar en Montecillo este interesante caso, que Amalia habla con facilidad durante un cuarto de hora; pero que, transcurrido ese tiempo, su voz se debilita hasta extinguirse por completo.»

Solamente á título de información reproducimos el anterior suelto que por curioso merecería por lo menos la aclaración de lo que existe de verdad en este caso.

Los médicos del Hospital de Pontevedra.—*Pontevedra, 19.*—Todos los periódicos dedican extensos comentarios á la suspensión de los médicos del Hospital decretada por el alcalde en virtud de un informe del inspector de Sanidad, que atribuye á los destituidos la responsabilidad de las deficiencias observadas en el Hospital. El asunto promete dar juego, pues dicho inspector ha dirigido una carta á los periódicos negando ser autor del informe.

Los médicos han protestado ante el gobernador contra la conducta del alcalde.

Reproducimos el anterior telegrama porque suponemos que es de suficiente interés para que se ocupen de aclarar el asunto las autoridades centrales.

Obras recibidas.—«Compendio de Anatomía descriptiva», por el Dr. J. A. Fort. Versión de la 9.ª edición francesa, por el Dr. A. Soroa y Pineda (Barcelona, Gustavo Gili, editor, calle Enrique Granados, 45); 8 pesetas.

Obra dividida en XL capítulos y 8 partes: Preliminares, Osteología, Miología, Artrología, Angiología, Neurología, Esplanología y Organos de los sentidos; 205 grabados.

Academia de Sanidad Militar.—El *Diario Oficial del Ministerio de la Guerra* ha publicado el día 22 lo siguiente:

Primero. Que los alumnos de la Academia de Sanidad Militar, cuyo curso comenzó en 1.º de Octubre del presente año, terminen su enseñanza teórica en fin de Febrero próximo, dedicándose en la primera quincena de Marzo á las prácticas reglamentarias, á cuyo fin la Academia deberá remitir el programa y presupuesto correspondientes al Estado Mayor Central. Concluidas las prácticas, la Academia propondrá á los alumnos que hayan finalizado con aprovechamiento sus estudios para que sean promovidos al empleo de teniente médico.

Segundo. Los alumnos que ingresen en las oposiciones convocadas por Real orden circular de 30 de Octubre último (*D. O.* núm. 245) comenzarán el curso el día 1.º de Marzo de 1925, terminándolo el 15 de Agosto siguiente, y efectuarán sus prácticas dentro de este período en la época que tengan lugar las de las restantes Academias; al final de dicho curso la Academia de Sanidad propondrá á los que deban ser promovidos al empleo de teniente médico.

Tercero. Las vacaciones quedan reducidas para ambos cursos á los días de fiesta y precepto reglamentarios, terminando las de Navidad el día 2 de Enero.

Un telegrama importante de Barcelona.—*Barcelona 27 (3 t.).*—En el Gobierno civil se ha facilitado una nota, en la que se dice que, habiéndose recibido en dicho Centro denuncias relativas á que por determinados establecimientos de preparación y venta de especialidades farmacéuticas se concedían dádivas ó regalos á los médicos que prescriben los de algunos laboratorios, en los que además se elaboran clandestinamente, se dispuso que la Junta del Colegio de Farmacéuticos, auxiliada por agentes de Vigilancia, procediera á una determinada inspección, que ha dado el resultado perseguido; y como se ha comprobado que la ley es quebrantada, el gobernador anuncia que proseguirá sin descanso la campaña de saneamiento emprendida contra los trasgresores, cuyos nombres se darán á la Prensa, si llega el caso. (*Febus.*)

«El Día Médico».—Hemos recibido, con fecha 17 de Noviembre, el número de muestra del nuevo periódico *El Día Médico*, que se publica en Barcelona, el que nos saluda afectuosamente y al cual correspondemos con la misma cordialidad.

Noticias.—A doña Jimena Fernández de la Vega Lomban, le ha sido concedida una pensión, durante un año, con 24,16 pesetas diarias el primero y último mes y 14,16 pesetas diarias los meses restantes, para estudiar en Alemania, Austria y Suiza, Herencia mendeliana con aplicación á la clínica.

Junta provincial de Sanidad.—La última sesión celebrada fué dedicada casi por completo al estudio y resolución de importantes problemas sanitarios municipales, con el concurso y la absoluta conformidad del alcalde de Madrid. Se adoptaron los siguientes interesantes acuerdos:

- 1.º Que el Ayuntamiento de Madrid exija á los particulares, en determinado plazo, la depuración de las aguas residuales antes de utilizarlas para el riego, con lo cual se pone término al asunto, ya discutido, del aprovechamiento de las

aguas del Abrofigal; obligándose el propio Ayuntamiento a la depuración de las aguas negras de los colectores antes de verter en el Manzanares.

2.º Fué muy bien acogida, y se aprobó por consecuencia, la resolución adoptada por el alcalde para evitar la acumulación de basuras y detritus en las proximidades de los paseos públicos.

3.º Se acordó que en breve plazo la Comisión encargada por la Junta de redactar un proyecto de reorganización benéfico-sanitaria del Ayuntamiento de Madrid entregue dicho proyecto al alcalde, que se mostró dispuesto a llevarlo a la práctica.

4.º Se acordó, por último, prestar al alcalde el apoyo necesario para la resolución del problema del abastecimiento de aguas de Madrid, solicitando de los Poderes públicos que se conceda al Ayuntamiento intervención constante en la administración de las aguas de Santillana y del Canal,

Nuevo gabinete de radioscopia y fototerapia.—Los Sres. Gutiérrez Balvás, Sáiz de los Terreros, Rodríguez Zúñiga y Simarro, inauguraron el pasado día 29, el gabinete de diagnóstico radiológico y fototerapia que han establecido en la calle del conde Xiquena, 5 y 7. La instalación es un modelo por lo completa, y puede decirse que la última palabra en esta especialidad, pues los aparatos que la constituyen, son de modelo que aún no había tenido en España tiempo de ser expuesto al público por haberlos adquirido diehos señores apenas ultimada su fabricación; si á esto unimos la señalada personalidad de estos jóvenes profesores, nada más justo que consignar al propio tiempo que nuestra enhorabuena para ellos, la que nos parece indudable para cuantos como médicos ó clientes necesiten de los servicios del gabinete.

III Congreso Internacional de Medicina y de Farmacia Militares.—Tendrá lugar en París del 20 al 25 de Abril de 1925, y promete superar en mucho por su importancia á las reuniones de este orden. Más de 40 naciones han sido invitadas para que participen en el Congreso. Ha sido organizado bajo la alta patronización del presidente de la República francesa. Acompañarán al Congreso, ejercicios de demostraciones técnicas del Servicio de Sanidad y una Exposición Industrial y Comercial de objetos y productos de interés para los médicos y los farmacéuticos.

Las condiciones de adhesión son las siguientes:

1.ª Están invitados todos los médicos y farmacéuticos que pertenezcan ó hayan pertenecido á los ejércitos de tierra ó de mar de las Naciones aliadas, asociadas ó neutrales, así como sus señoras é hijas.

2.ª La cuota ha sido fijada en 30 francos franceses para los hombres, y 20 francos para las mujeres.

3.ª Las adhesiones se solicitarán siendo posible antes del 1.º de Diciembre de 1924 ó hasta el 1.º de Febrero de 1925, término de rigor, dirigiéndose á la Comisaría del Congreso, 66, rue de Bellechasse, París (VII.º).

4.ª Las cuotas podrán hacerse efectivas en numerario, giro postal, sobres monederos ó cheques, dirigidos á monsieur l'Officier d'administration du Service de Santé, Trésorier du III.º Congrès International de Médecine et de Pharmacie Militaires, 66, rue de Bellechasse, París (VII.º).

5.ª A vuelta de correo se enviará una tarjeta de adhesión nominal y numerada.

Los subdelegados de Sanidad.—La Junta Central de subdelegados de Sanidad de España, en reunión celebrada recientemente, acordó cubrir las vacantes que existen en la misma, quedando constituida ésta en la forma siguiente:

Presidente, D. Nicasio Mariscal, de Medicina; *vocales*: don Emilio Lacasa y D. Julio Ortega, de Medicina; D. José Rodríguez González, D. Román Herrero de la Orden y D. Fernando Hergueta, de Farmacia, y D. Tiburcio Alarcón y D. Joaquín González García, de Veterinaria; *secretario general*, don Matías de Aspiéu, de Veterinaria.

Los accidentes de automóvil.—El *Sife Extension Institute* americano (que tiene por objeto la prolongación de la vida humana estudiando los principales factores de mortalidad), acaba de declarar, en uno de sus últimos boletines, que los accidentes de automóvil en los Estados Unidos son más mortíferos que la fiebre tifoidea y el alcoholismo.

Para el número de habitantes empadronados en 1921 (82 por 100 de la población), las cifras de fallecimientos fueron las siguientes:

Influenza, 10.193; accidentes de automóvil, 10.168; fiebre

tifoidea, 8.007; angina de pecho, 8.031; cirrosis del hígado, 6.598; alcoholismo, 1.611.

La mortalidad producida por accidentes de automóvil por 100.000 habitantes, pasa de un 1 en 1900 1910; de 3,9 en 1911-1915; de 7,3 en 1916; de 9 en 1917; de 9,3 en 1918; de 1919; de 10,4 en 1920; de 11,5 en 1921; de 12,5 en 1922, y de 14,9 en 1923 (14.412 muertos). El porcentaje más elevado se registra en California.

El *Sife Extension Institute* prevé el día en que la ley prohíba, bajo penas severas, la fabricación de automóviles de turismo.

Por las Clínicas de Europa.—*Formulario crítico.*—Tomos publicados: 1.º, A, 7 ptas. (2.ª edición); 2.º, B, C, 7 pesetas; 3.º, D, E, 8 ptas. (2.ª edición reimprimiéndose); 4.º, F, G, H, 7,50 ptas.; 5.º, I, J, K, L, 7,50 ptas.; 6.º, se publica actualmente en nuestra Revista. El número de páginas de cada tomo es variable entre 400 y 600. Pídase á la Administración de EL SIGLO MEDICO.

Excipiente inerte.—El hablar á veces compromete. El oír no compromete nunca y aprovecha siempre.

(Echegaray.)

¡No faltaba más! Sería el límite de la candidez y el límite de la prostitución más ruin y más viciosa que la de Juana del canalizo, allá en mi pueblo, que se entregaba á los hombres por uvas y la viña era suya.

(Ruiz Zorrilla.)

Sederosa.—Acompañamos con el número presente un prospecto, que recomendamos, sobre el producto Sederosa, del que envía muestras gratis el Laboratorio y Farmacia Americana (Madrid), Carabanchel.

Résyl.—Con el presente número acompañamos un prospecto Résyl, que recomendamos, y que la casa Ciba, Sociedad anónima de Productos Químicos, Vía Layetana, 41, Barcelona, envía muestras á quien las pida.

VINO PINEDO

El mejor tónico.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. M-33.—Madrid.

Forma emulsionable en frío: 2,75 ptas. caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,25 ptas. frasco de 250 gramos.

Ambas formas: A granel por kilos. — Muestras gratuitas.

PALMIL Jiménez.
Purgante Ideal.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estañó celoidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valenola.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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