

Hojas Médicas

Revista Aragonesa de Especialidades

Editora del Boletín del Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza

REDACTORES

Alcrudo Solórzano (M. J.) * Aramburu Ibáñez (E.) * Ariño (J.) * Barcelona (B.) * Bandragen (G.) * Blesa Belío (M.) * Cuenca Fernández (F.) * Echeverría (M.) * Guallar Poza (A.) * Gómez García (D.) * Lambán Falcón (L.) * Oliver (F.) * Martín Martínez (A.) * Noailles (A.) * Pastor Guillén (E.) * Ramón y Cajal (P.) * Ruiz Ibarra (C.) * Rolandán de Anchóriz (A.) * Vargas Machuca (A.)
Victoria Blanco (A.)

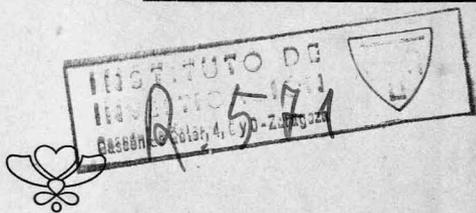
Tomo I.

Año 1914.

Arv. 30

Tabla 4

4 = 92



1914

Tip. La Académica, Cinegic, 3

ZARAGOZA

ÍNDICE GENERAL

DE

“HOJAS MÉDICAS.”

INDICE

Páginas.

MEDICINA

Estreñimiento y diarrea (Posibles errores entre).....	3
Ciática y las pseudo-coxalgias apendiculares (La).....	7
Purgante por inyección.....	7
Neuralgia primitiva del recto (Un caso de).....	7
Perforaciones del intestino por enteritis tuberculosa (Las).....	8
Inyecciones intra-raquidianas de salvarsan (Las).....	8
Reacción de Gmelin en el suero de la sangre (La).....	8
Delirium tremens.—Su tratamiento.....	8
Inyecciones intravenosas (Las pequeñas).....	31
Vacuna de la fiebre tifoidea (La).....	32
Tuberculosis pulmonar por el iodo a altas dosis (Tratamiento de la).....	34
Tuberculosis.—Nota previa (La).....	55
Bacilo de Koch (La síntesis del).....	56
Tuberculosis experimental (Curación de la).....	57
Fiebres de Malta en Aragón (Las).....	75
Orientación de nuestro lecho (La).....	78
Variaciones del peso en los enfermos edematosos (Importancia del estudio de las).....	79
Hemoptisis (Diagnóstico diferencial de las).....	80
Tifoido-vacunación (Notas breves sobre la).....	127
Treponema pálido en el cerebro de los paralíticos generales (El).....	132
Vaselina en el estreñimiento (La).....	133
Angina de pecho (Tratamiento de la).....	134
Vómicas (Diagnóstico diferencial de las).....	161
Anemias (Acción comparada del arsénico y del hierro en las).....	163
Difteria (Las ideas actuales en el tratamiento de la).....	163
Vacuna de Friedmann (Un caso de muerte consecutivo al empleo de la).....	164
Pústula maligna curado con inyecciones intravenosas de sublimado (Un caso de).....	164
Autosueroterapia (Algunas notas sobre).....	213
Afecciones broncopulmonares (Los signos físicos en las).....	217
Submacideces torácicas en la patogenia del niño de pecho (Significación de algunas).....	221
Síncope (Diagnóstico diferencial del).....	241
Bacilos tíficos (El peligro de los portadores de).....	243
Contagio tífico por la leche.....	243
Reacción de Boutenko (Significación de la).....	243
Secreciones internas en relación con la patología mental (Las).....	243
Lesiones cardiacas consecutivas a accidentes de trabajo.....	245

Asepsia de las inyecciones hipodérmicas (Procedimiento rápido de)	246
Tifus abdominal.—Terapéutica.....	273
Reumatismo articular agudo: tratamiento	279
Pelada: tratamiento.....	279
Tiña: tratamiento por el percloruro de hierro.....	279
Ptíriasis: tratamiento	280
Blenorragia aguda y crónica: tratamiento con el iodo coloidal.....	280
Absceso de hígado (Acerca de un caso de gran)	297

CIRUGÍA

Tratamiento de las crisis gástricas de la tabes por la operación de Frauke.....	11
La anestesia trans-sacra en las operaciones del periné y de la pequeña pelvis ...	11
Tratamiento operatorio directo del cáncer del recto.....	12
Tratamiento del cáncer.....	12
Patogenia de las fístulas urinarias prevesicales post-operatorias y manera de evitarlas.....	49
Utilidad de la mezcla alcohol-glicerina para las curas húmedas.....	53
Indicaciones de la trepanación en las hemorragias y el reblandecimiento cerebrales.....	63
Herida de la vena femoral tratada con éxito por la sutura.....	53
La toracoplastia extrapleural en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar....	54
Heridas por asta de toro	165
Colitis muco-membranosa e ileosigmoidostomía.....	166
Los nuevos proyectiles y sus efectos.....	247
Tratamiento de las afecciones articulares crónicas y especialmente de los tumores blancos por la hiperemia activa.....	249

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Consideraciones acerca de la eclampsia.....	13
La reacción de Emil Abderhaldem.....	35
La electricidad en ginecología	59
La tuberculosis pulmonar y el aparato genital de la mujer.....	00
Resistencia del gonococo a las bajas temperaturas.....	62
Placenta previa: su tratamiento.....	103
Un caso de pelviciación osteomaláca.....	136
Contribución al diagnóstico de la inserción viciosa de la placenta.....	157
Nueva cutircación del embarazo.....	160
Un caso de mastitis puerperal terminado por muerte.....	160
Las inyecciones intravenosas de sublimado.....	160

PEDIATRÍA

La investigación de los cloruros en la orina de los variolosos: su importancia...	15
Vacunoterapia de la coqueluche.....	16
Insuficiencia suprarrenal en las enfermedades infecciosas de la infancia.....	27
Tratamiento del estreñimiento en los niños.....	30
Parálisis consecutiva a la difteria.....	30
El suero gonocócico en la oftalmía del recién nacido.....	30
El electrargol en las infecciones de la infancia	30
Insuficiencia tiroidea benigna.....	63
Infecciones del ombligo.....	64

Estrechez laríngeo congénito.....	64
La recalcificación en los niños	109
La escarlatina en los niños de corta edad	111
Repetición de angina diftérica	112
La ictericia en la infancia.....	187
Técnica del destete normal.....	226
Diez casos favorables de vacunoterapia antitífica en el niño	226

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

Sinusitis fronto-etinoidal de origen exclusivamente gonocócico.....	19
Pólipos de las coanas en los niños	185
Reflexiones sobre cincuenta casos de amigdalectomía	186

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

La lámpara de Kromayer en Dermatología.....	17
Sobre el empleo de la nieve carbónica.....	17
Terapéutica del prurito	17
Leucocitoozon sífilis.....	37
Lupus eritematoso	38
Eritema nudoso.....	38
Tratamiento de las úlceras por el azúcar.....	38
Erisipela de la cara.....	38
El cuarto período de la sífilis.....	38-83
Adrenalina y salvarsan.....	83
Resultados distantes en cuatro mil ciento treinta y cuatro casos de sífilis.....	84
Tratamiento de la erisipela por el carbonato amónico al interior.....	191

ELECTRICIDAD MÉDICA

Las corrientes de alta frecuencia	39
Los rayos X en los accidentes del trabajo	85
La electricidad en Ginecología.....	59
El mesotorio en el tratamiento del cáncer de los órganos genitales de la mujer..	87
Tratamiento por el radio	88
Electroterapéutica de las neuralgias.....	167
Radioscopia del aparato digestivo.....	251-281-305
Tratamiento eléctrico de la gota.....	286

HIGIENE

Las moscas.....	223
No hay que aislar a los escarlatinosos	225
Un medio de preservarse de la picadura de los mosquitos.....	225
Sobre etiología y epidemiología del tífus abdominal.....	226

PROFESIONALES

Los contratos de los médicos titulares	23
Profesionales	173-148-117-95-65-43
Los médicos y los pueblos.....	89
El porvenir del médico	113
Las asociaciones médicas.....	138

	Páginas.
Pidiendo una tiranía	145
Carta abierta	172
El Dr. Gutiérrez.....	173
La guerra europea.....	199
Un proyecto laudable.....	200
II Congreso Nacional de Sanidad civil.....	201-289-309
Por la Unión Nacional de Médicos titulares.....	227
El eterno problema.....	257
Laborando por la unión	267
Unión Médica Nacional.....	287-314

Hojas Médicas

REVISTA ARAGONESA DE ESPECIALIDADES

Toda la correspondencia al Administrador, Coso, 8 — Teléfono núm. 741

SUMARIO

Nuestros propósitos, por la Redacción.—**MEDICINA:** Posibles errores entre estreñimiento y diarrea, por el Dr. Barcelona, del Instituto Rubio.—**Revista de Revistas.**—**MEDICINA DE URGENCIA:** Diagnóstico diferencial y tratamiento de las distintas causas, por el Dr. A. M. Martínez, del Instituto Rubio.—**CIRUGÍA:** Revista de Revistas.—**OBSTETRICIA:** Algunas consideraciones acerca de la terapéutica de la eclampsia gravídica, por el Dr. M. J. Alcrudo, Tocólogo.—**PEDIATRÍA:** Investigación de los cloruros en la orina de los varicelosos, por el Dr. Guallar Poza.—**OTO-RINO-LARINGOLOGÍA:** Sinusitis fronto-etmoidal de origen exclusivamente gonocócico, por el Dr. Enrique Prada, de Madrid.—**DERMATOLOGÍA:** La lámpara de Kromayer. Acerca del empleo de la nieve carbónica, por el Dr. Lozano Lambán, Dermatólogo.—**Revista de Revistas.**—**PROFESIONALES:** Periódicos oficiales.—Vacantes.—Noticias.

NUESTROS PROPÓSITOS

Al aparecer el primer número de Hojas Médicas, nada más justo, ni más de nuestro agrado, que el dirigir un cariñosísimo saludo a la Prensa en general y, dentro de ella, a nuestros colegas profesionales. Nuestro saludo asimismo a la Clase Médica toda, al Cuerpo de Farmacéuticos, al de Practicantes y a todos los que nos honren con la lectura de nuestra Revista.

Hojas Médicas tiene, entre sus varios propósitos, el de ser breve en la exposición de sus asuntos, sintetizando los artículos, tesis, discursos y publicaciones, con objeto de dar a conocer lo más fundamental e importante de los conocimientos científicos modernos. Pretende también ser económica para poder llegar hasta el compañero del más modesto partido, por no guiarle fines de lucro. Quiere, además, ser producto del trabajo de los Médicos aragoneses o que en Aragón ejerzan. Desea, finalmente, en su entusiasta afán de defender los intereses morales y materiales de los profesionales en general, darles a conocer todo aquello que pueda interesarles, como son Reales Ordenes, Concursos, Vacantes, Reglamentos y Cuestionarios de oposiciones, Noticias, etc., etc., así como contestar a las

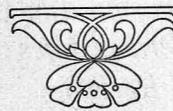
preguntas que se nos hagan dentro del terreno del ejercicio profesional.

Hojas Médicas sabe muy bien que su misión va a ser árdua, difícil y espinosa; pero no vacila en acometerla con entusiasmo, por comprender la necesidad de una publicación que, sin fatigar con su lectura en el orden científico, lleve a sus lectores conocimientos sociales y legislativos que han de necesitar para el desempeño de su nobilísima profesión.

El plan seguido en la confección de **Hojas Médicas** permite coleccionar fácilmente y por separado las notas de más interés para cada lector. Además habrá en cada número una sección de Medicina de urgencia, indicando únicamente síntomas culminantes de la enfermedad de que se trate, su diagnóstico diferencial y su tratamiento urgente.

Lector: en tus manos pone su obra

La Redacción.



MEDICINA

Posibles errores entre estreñimiento y diarrea. =

SU DIAGNÓSTICO

C. M., de 62 años de edad, dice, que después de haber tenido algunos períodos de diarrea, padece en la actualidad uno más intenso y continuado que los demás, contra el que no tienen ninguna acción los calmantes y astringentes. Interrogado acusa anorexia, mal gusto de boca, estado nauseoso, algún vómito alimenticio y bilioso, dolores en el bajo vientre, cefalalgia, vahidos, cansancio, cuatro o cinco deposiciones líquidas, de color oscuro, fétidas, algo de tenesmo rectal y hasta vexical. Por reconocimiento se encuentra un vientre algo meteorizado, una tumoración de forma alargada, movable, que parece modificarse por la presión y que ocupa la dirección del colon descendente escondiéndose en la pelvis; el recto está inflamado. Se diagnostica, de momento, una oclusión incompleta estercorácea; y unas lavativas y purgantes en forma adecuada, normalizan la situación.

Excluidas las formas corrientes de diarrea y estreñimiento, que no el médico, sino el vulgo sabe perfectamente distinguir, serán nuestro objeto aquellos otros casos en que por tener sus deposiciones los caracteres asignados a la diarrea, tomamos por tales enfermos que son estreñidos.

Este error se comete con más frecuencia de lo que puede creerse y todo médico recordará seguramente casos de esta índole. Demons cita el de un niño de ocho años, que tratado por incontinencia fecal, tenía un tumor estercoráceo que se extendía desde el pubis hasta el apéndice xifoides; y Nothagel, el de un señor, que yendo todos los días al retrete, murió de peritonitis, hallándose una perforación intestinal y una gran masa de heces fecales, duras como piedras.

Cometida la equivocación, ella nos induce, como es natural, a tratar con opiáceos y astringentes enfermos estreñidos.

Fácil es comprender las funestas consecuencias de todo esto; aparte de continuar o acentuarse las molestias que nos consultaron, si la naturaleza no presta su ayuda sobrevendrán numerosas y graves complicaciones, ya de origen tóxico, toda la variada gama de la auto-intoxicación intestinal, (ya de origen infeccioso, colitis intensa con diarrea verdad), (ya

de origen mecánico), (oclusión intestinal, perforación, etc.)

Importa, por lo tanto, saber diagnosticar estos casos, donde si el error es tan peligroso, el acierto es fecundo en curaciones.

Una breve reseña de estos procesos, indicando sus variedades, evolución y patogénesis, facilitarán grandemente nuestra labor diagnóstica.

En su forma más sencilla, se trata de un enfermo, que fiando en lo fácil que es distinguir entre diarrea y estreñimiento, aceptamos su afirmación de padecer aquella, por el hecho de hacer varias deposiciones al día, sin ocuparnos de que dichas deposiciones son muy pequeñas y de excremento en bolas muy duras. Basta en estos enfermos hacer estas sencillas averiguaciones, que acabamos de indicar, para ver que se trata de la forma de *estreñimiento fragmentado* de Boas.

Mas los casos verdaderamente interesantes para nosotros son las llamadas falsas diarreas por A. Mathieu, o diarreas estercoráceas por Nothagel; su dificultad diagnóstica depende de que, además de estar aumentado el número de deposiciones, su consistencia es líquida; o sea las dos cualidades que precisamente caracterizan la diarrea verdad.

Estas falsas diarreas, o están formadas por deposiciones muy pequeñas y repetidas, exclusivamente de moco hialino, parecido a la clara de huevo, muy fétido; a veces sanguinolento y sin nada de excremento, o son deposiciones líquidas oscuras, muy fétidas, con algunas pequeñas bolas o pedazos de excremento duro, y membranas formadas por moco coagulado. En términos generales, el no tener excremento las deposiciones o tenerlo en pedazos duros y acompañarse de membranas, son los caracteres que diferencian la falsa diarrea de la verdadera.

A. Mathieu es el que mejor ha estudiado estas diarreas estercoráceas, con arreglo a la siguiente división clínica.

En un primer grupo, estas falsas diarreas alternan con períodos de estreñimiento. Generalmente, son los períodos de constipación los que predominan, no

durando los de diarrea más que una mañana o un día; pero esto no quita para que algunas veces, con intestinos muy sensibles, por venir repitiéndose lo mismo durante algún tiempo, los períodos de diarrea se alarguen, se hagan más frecuentes y hasta se presente una diarrea verdad, por colitis toxi-infecciosa.

En estos enfermos predispone al error el hecho de que no padeciendo molestias más que durante el período diarreico, sólo reclamen el auxilio del médico para la supresión de éste.

En el segundo grupo, las falsas diarreas se presentan de una manera continuada. El enfermo hace todos los días varias deposiciones; en unos casos, son las primeras formadas por excremento exclusivamente duro, y progresivamente disminuyen de consistencia, hasta tomar el carácter de falsas diarreas; en otros, ocurren las cosas en sentido inverso, siendo las primeras diarreas y las últimas constipadas; y en algunos otros, todas ellas tienen el carácter de falsas diarreas.

Y un tercer y último grupo comprende las falsas diarreas disenteriformes. Son éstas las que hemos descrito como deposiciones pequeñas, completamente mucosas, sanguinolentas y acompañadas de tenesmo rectal.

Todas estas diarreas estercoráceas no son más que la manifestación de una pequeña colitis, producida por la constante irritación del excremento estancado, y mediante la cual el colon produce una hipersecreción de moco y agua, y un aumento de motilidad, hasta llegar a determinar cólicos; de este modo las heces fecales son disgregadas y expulsadas; vienen a ser, en resumen, un medio de defensa del intestino.

Siendo el excremento la causa de la colitis, ésta se localizará precisamente allí donde aquél es sólido y se estanca en el colon pelviano y recto generalmente. En el ciego, colon ascendente, primera porción del transversal, o colon proximal el excremento es líquido, y, por lo tanto, no podrá obrar de la manera indicada; los procesos inflamatorios de esta región, ordinariamente determinarán una diarrea verdad, donde el excremento estará íntimamente mezclado con el moco y serosidad intestinal.

Tratando de precisar aún más la localización de estas falsas diarreas, se comprenderá que dicho flujo intestinal se produzca por debajo del excremento, en

el mismo recto, en los casos de diarrea disenteriforme; que cosa parecida ocurra cuando las primeras deposiciones son también las diarreicas, y que en los demás casos ocupe todo el trozo de colon lleno de heces fecales y hasta quizás tenga lugar encima de éstas.

Caso curioso de esto último es el de un enfermo, donde el excremento formaba un canal, a través del cual pasaban los líquidos producidos encima de él.

Las diarreas estercoráceas que acabamos de describir, y principalmente en sus dos primeros grupos, tuvieron en su principio una fase de estreñimiento puro, excepto y no siempre en aquellos casos dependientes de un obstáculo orgánico del colon y recto (estrecheces, cánceres, etcétera).

Esta fase de estreñimiento, prolongándose, disminuye la resistencia de la mucosa del intestino, en cuyas condiciones una indigestión, un enfriamiento, excesos genitales, etc., determinan las primeras crisis de falsas diarreas, generalmente del primer grupo; disminuida con esto aún más la capacidad retentiva del intestino, basta ya cierta cantidad de excremento para producir las siguientes diarreas liberatrices. Continuando por este camino, son necesarias cada vez menores cantidades de heces fecales para que la reacción cólica tenga lugar; se presenta entonces el segundo grupo, o falsas diarreas continuas, al principio, en sus dos modalidades, caracterizadas por tener aún deposiciones francamente estreñidas, y últimamente, faltando éstas, todas son diarreicas.

En esta situación, puede darse ya como permanente la colitis poco intensa, pero de la que no media más que un paso para caer en la colitis mucosa, con sus deposiciones de consistencia semi-líquida, toda igual, sin escibalos, ni membranas, brillante, gelatinosa, muy pegajosa, de color más claro, y muy abundante en moco, íntimamente mezclado, al que debe sus propiedades.

La variedad de falsas diarreas disenteriformes no forma escala, en las anteriores evoluciones del estreñimiento; son más bien episodios que puedan presentarse en cualquiera de los períodos descritos.

Acabamos de indicar la evolución de un estreñimiento abandonado a sí mismo o mal tratado, y con él, la de nuestras falsas diarreas. Desde luego que las dis-

tintas graduaciones indicadas no siempre se marcarán con la precisión que hemos dicho; y así, unos períodos resultarán alargados o exaltados, otros atenuados o acortados, habrá saltos a períodos anteriores, hasta en la misma colitis mucosa, y por último, podrán presentarse infinidad de complicaciones: colitis intensas, muco-membranas, litiasis intestinal, oclusiones, etc., dependiente todo esto, como es lógico, de infinidad de causas etiológicas.

Sintetizando esta vulgar evolución del estreñimiento, se destacan tres períodos: 1.º de estreñimiento puro o trastorno mecánico-intestinal; 2.º de estreñimiento, más el proceso toxi-infeccioso, colitis localizada a las regiones inferiores del colon; y 3.º de colitis única, que, propagada a todo el colon, ha hecho desaparecer la constipación.

Mientras que en el primer período las heces fecales son tan francamente estreñidas y en el tercero tan diarreicas, que cualquiera las conoce, en el segundo, como fase intermedia, son a la vez diarreicas y estreñidas, y de aquí la facilidad de los errores que tratamos de evitar.

Diagnosticaremos estas falsas diarreas, sorprendiendo en ellas la causa de su producción, o sea el estreñimiento, valiéndonos, aparte de lo útil de cuanto hemos dicho, de los siguientes procedimientos.

No pasaremos por la afirmación hecha por el paciente de padecer diarrea, sino que nos informaremos del número, forma y modo de producirse las deposiciones. Aunque parezca trivial este consejo, no lo es, porque con facilidad se olvida. Goodhart cita el caso de una señora, que afirmaba rotundamente deponer con regularidad, y en efecto, así era, pero cada ocho días.

Nos informaremos si las deposiciones van precedidas de dolores cólicos; estos dolores verdaderamente expulsivos, son más intensos y se calman con la deposición, en las diarreas estercoráceas mejor que en las verdaderas; en éstas, el dolor o molestia, como dependiente sólo del estado inflamatorio del intestino, con frecuencia se aumenta después de deponer.

La sensación de peso en el bajo vientre, el tenesmo rectal y hasta vexical, también son mucho más frecuentes en los casos que nos ocupan, por la localización de éstos.

Las falsas diarreas, como sustitutivas entre todas de la deposición normal, tienen lugar generalmente durante la mañana, una vez que el enfermo se ha despertado; y a medida que la colitis que acompaña al estreñimiento adquiere más extensión, este horario desaparece, hasta llegar a la diarrea verdad, donde las deposiciones tienen lugar durante el día y la noche, con arreglo a dos tipos: inmediatamente después de las comidas, y a las cuatro horas de éstas, tiempo que emplean los alimentos en llegar al colon.

No se olvidará nunca hacer el tacto rectal, donde con gran frecuencia encontraremos heces fecales, a veces aun después de una deposición (normalmente, el recto está siempre vacío); apreciaremos también el estado de su mucosa, ya inflamada, ya atrofiada; el aumento de volumen de la ampolla rectal; el desarrollo de las válvulas de Houston; si existen estrecheces o neoplasmas; y a veces se tocará en lo alto, las paredes del colon pelviano, invaginadas y a través de las cuales se percibe el excremento.

La palpación de la cuerda cólica, en el colon descendente y hasta en el transversal; la sensibilidad y sobre todo el hallazgo de tumorcillos en la dirección del colon, en forma de rosario, aislados o en grandes masas móviles, y que modifican su forma por la presión, son datos decisivos en favor del estreñimiento.

Continuando en nuestra tarea, preguntaremos al enfermo si está sometido a algún plan alimenticio y sobre todo medicamentoso; y en caso afirmativo, lo suspenderemos, para apreciar cómo suceden las cosas naturalmente. (Es esta una medida muy necesaria, tanto en enfermos de estómago, como de intestino). Puede ocurrir que medicaciones intempestivas sean la causa del padecimiento o al menos lo desfiguren, y entonces su supresión, haciendo aparecer el estreñimiento, nos dará el diagnóstico y hasta alguna vez la curación.

Examinaremos las deposiciones, y después de lo dicho acerca de ellas, no insistimos más que en la pesquisa de membranas y escibalos, prueba evidente de estreñimiento. El excremento no adquiere la forma sólida más que al llegar al colon descendente, aumentando en consistencia cuanto mayor sea su estancia en la ese iliaca; la llegada a la primera región, cuesta normalmente nueve ho-

ras y a la segunda 18. Las membranas formadas principalmente por moco coagulado, también necesitan tiempo de estancia en el intestino para producirse. A. Mathieu y M. Riva demostraron en diez casos que sólo al cabo de veinte horas de permanencia intestinal, como *minimum*, el moco aparecía en membranas.

Terminada nuestra observación, podemos someter al enfermo a las siguientes e importantes pruebas.

Habiendo hecho una deposición, administraremos un enema, en el que al ser expulsado, seguramente encontraremos membranas y pedazos duros de excremento; normalmente y mucho más en el que padece diarrea verdad, no sucede esto. Una deposición normal es el vaciamiento del colon hasta el ángulo esplénico, no quedando, por lo tanto, excremento sólido.

El estudio de la travesía intestinal, es, por último, el procedimiento que más científicamente puede resolvernos nuestro asunto. Este puede alterarse haciéndose más rápido o más lento, en todo o en parte del intestino.

Cuando estas alteraciones dependen exclusivamente del intestino delgado, cuya travesía es muy rápida (cuatro horas) y cuya alteración no es muy frecuente, tienen una importancia secundaria en la producción de diarrea y estreñimiento; tanto es así, que evacuaciones rápidas del intestino delgado, pueden pasar desapercibidas en cuanto a las deposiciones, siempre que el colon no sea irritado por ellas y rota su tolerancia.

Por el contrario, si las perturbaciones del tránsito intestinal residen en el colon, ellas producirán siempre, si es rápido, la diarrea, y si es lento, la constipación.

La constipación puede también observarse con una travesía normal en el llamado colon voraz de Schmidt, por absorción demasiado rápida del agua del excremento y exceso de digestión, y en los casos de retardo del acto de la defecación o constipación rectal; dischisia de Hertz.

Aplicando estos datos a nuestros enfermos, determinaremos su travesía intestinal; si está adelantada, diremos que es diarréico; y si está retardada, que es constipado.

Los rayos X se prestan admirablemente para este fin. Dada una comida bismutada, podremos en unas cuantas observaciones, hechas en varios días, seguir al

excremento en su marcha a través del intestino; veremos si con arreglo a lo normal, ha llegado al ciego a las cuatro horas, al recodo hepático a las seis y media, al recodo esplénico a las nueve, al colon iliaco a las once, al colon pelviano a las doce, y al recto a las diez y ocho; veremos, en caso de retardo o aceleración, dónde reside; veremos las formas y posiciones que toma el intestino, importantes para el diagnóstico de estrecheces, espasmos, y acodaduras, etc., y veremos, por último, si con una travesía normal, se trata de un estreñimiento rectal.

Como los rayos X no están al alcance de todos y además su aplicación es algo pesada, pueden prácticamente sustituirse de este modo.

La travesía del intestino delgado tiene poco valor, como ya hemos dicho; sin embargo, cuando se quiera obtener algún dato, aunque infiel, acerca de ella, bastará saber, que en ayunas, la auscultación del ciego no acusa ningún ruido; si entonces el enfermo hace una comida, a las cuatro horas, o sea cuando los alimentos llegan a dicha región, se oír normalmente un ruido continuado de *gluglu*.

Para el recorrido del colon, daremos al enfermo en una comida, ocho horas después de haber defecado, un par de cucharillas de carbón pulverizado, o un sello conteniendo 0'20 gramos de carmín. Si antes de las primeras nueve horas, las heces fecales aparecen teñidas de negro o rojo, se tratará de una diarrea verdad; si tardando más de 48 horas a deponer, saliese el excremento teñido, el caso será de estreñimiento puro; y si hubiera deposiciones entre las 9 y 48 horas, sin trazas de carbón o carmín, éstas serán o falsas diarreas, o estreñimiento fragmentado, según los demás caracteres.

Hecha esta experiencia en un individuo normal, aparecerá el carbón o carmín en la primera deposición; ya sea hecha al día siguiente, dieciseis horas después de haber tomado la comida, o lo más tarde al otro día.

Creemos, con todo esto, haber dicho, de una manera sencilla y práctica, cuanto importa saber para distinguir una diarrea verdadera de una falsa.

Una vez hecho el diagnóstico, ya se comprenderá que el tratamiento eficaz de la diarrea estercorea será el del estreñimiento.

Doctor Barcelona.

REVISTA DE REVISTAS

La ciática y las pseudo-coxalgias apendiculares.

Ed. Enriquez et R. A. Gutmann.—La ciática apendicular (apendicitis claudicante), Soc. Méd. des Hopitaux 27 Junio 1913. La falsa coxalgia de origen apendicular (segunda forma de apendicitis claudicante), Soc. Méd. des Hopitaux 18 Julio de 1913. Babinski, Ed. Enriquez et Gastón Durand.—Pseudo-coxalgia y apendicitis. Soc. Méd. des Hopitaux 18 Julio 1913.

Se ocupan de enfermos que diagnosticados de ciática, tratados como tales, con todos los signos de la neuralgia y con síntomas abdominales, tienen una apendicitis crónica que es la causa de todo.

Caracterizan estas ciáticas y debe buscarse en todas las rebeldes a su tratamiento, algunos raros y ligeros dolores cólicos, algo de sensibilidad abdominal, y sobre todo aumento del dolor en la posición horizontal. A los rayos X son muy importantes los siguientes signos: dolor en la parte inferior del ciego y fijeza del mismo.

Es preciso eliminar todas las lesiones abdomino-pelvianas que pueden provocar la ciática.

En posesión del diagnóstico el único tratamiento es el quirúrgico. La ablación del apéndice y adherencias hacen desaparecer la ciática.

Para los autores son estas adherencias las que, obrando sobre las raíces del nervio ciático, determinan los síntomas.

Citan los mismos autores dos observaciones de enfermos que presentaban los signos clínicos de la coxalgia; en ellos la radioscopia demostró la integridad de la cadera y la fijeza del ciego, un punto doloroso en su borde inferior; esto permitió eliminar el diagnóstico de coxalgia por el de apendicitis crónica.

La operación de la apendicitis dió la curación. Todo esto demuestra la utilidad de los rayos X en estos casos y hace pensar que cierto número de coxalgias, calificadas de histéricas, no eran más que apendicitis.

La patogenia de estos casos la misma del anterior.

Los casos de escoliosis apendiculares descritas por M. Mayet y una observa-

ción de MM. Babinsk, Enriquez y Durand, pueden relacionarse con los anteriores.

Purgante por inyección.

Crédi.—«Münchener medizinische Wochenschrift», 24 Diciembre 1913, número 52.

Crédi ha obtenido un cuerpo que contiene todos los elementos activos del sén y que es líquido, llamándolo Sennatin. Este cuerpo da las reacciones características del grupo de la emodina y ácido crisofánico. Es un líquido claro, estable, que se emplea cómodamente en inyecciones. No es tóxico hasta dosis de cinco gramos. Provoca la evacuación intestinal en los casos en que el obstáculo no es infranqueable.

La dosis habitual es de 1 a 3 gramos; el sitio de la inyección es indiferente.

Este medicamento es muy activo en parálisis intestinales, peritonitis, ileus. Hace desaparecer los vómitos y disminuye la presión que sobre el corazón y pulmón ejercen los intestinos distendidos.

El opio y la morfina hacen cesar los efectos del sennatin.

Crédi ha tratado 201 casos. En 40 por 100 la evacuación fué espontánea y lo mismo en 42 por 100, pero ayudado por glicerina y pequeños enemas.

Ha tratado 21 laparatomía, 76 apendicitis, 12 hernias, 7 hemorroides, 4 cístilis, 12 tuberculosis quirúrgicas, 35 heridos graves y 34 casos varios.

En los casos de constipación crónica si la sennatina no obra, dar una lavativa.

En los casos agudos el medicamento es muy seguro.

Un caso de neuralgia primitiva del recto.

Dricaki.—«Russki Wratsch», número 33, 1913.

Se trata de un joven de 19 años que entra en el hospital por dolores rectales muy vivos y que repiten irregularmente.

El examen más minucioso de los órganos pelviano y recto es negativo. El enfermo no había padecido blenorragia ni estreñimiento: no presentaba signo de ninguna enfermedad general.

Con estos datos el carácter violento, paroxístico e intermitente del dolor no hizo el diagnóstico de neuralgia primitiva del recto.

Es una afección muy rara. Parmentier y Foucaud, en una monografía muy documentada, no citan más que 19 casos, el último en 1830.

El autor empleó diferentes medicamentos (aspirina, cocaína, morfina, etc.), pero entre todos los baños de asiento calientes a 33° sólo dieron resultado.

Las perforaciones del intestino por enteritis tuberculosa.

John M. Crenil.—Am. J. of. The Méd. Sc. II. 5, pág. 683-686).

La perforación del intestino es rara en tuberculosis entérica. Sobre 475 autopsias de tísicos pulmonales, el autor ha encontrado 313 veces ulceraciones del intestino (65,9 por 100), y de éstas 2 por 100 perforadas. De estas 13 perforaciones 10 eran completas, es decir, abiertas en la cavidad peritoneal, y 3 incompletas.

De las 10 completas, 5 fueron en hombres y 5 en mujeres; la edad media de los enfermos era de 32 años y medio.

El intestino delgado estaba interesado en 6 casos, el colon en 4, dos cadáveres tenían dos perforaciones, otro 4; de las cuatro perforaciones cólicas, tres eran apendiculares, una cecal.

Las tres perforaciones incompletas se dieron todas en hombres de 42 años, edad media, dos en el ileon y una en el colon transverso. En uno de los dos primeros casos había a la vez peritonitis tuberculosa. El síndrome clínico fué, en general, de peritonitis aguda; en cinco casos las perforaciones no se diagnosticaron.

Doctor Barcelona

Las inyecciones intrarraquidianas de neosalvarsan.

M. Ravant ha dado a conocer, en la «Société Medicale des Hopitaux», los efectos de las inyecciones de cuatro gotas de una solución de 60 centigramos de *neosalvarsan* en 10 c. c. de agua destilada y estéril en el conducto raquidiano de nueve enfermos.

En dos meningíticos agudos sifilíticos la curación se obtenía a la cuarta inyección. Una meningitis sifilítica con paraplegia, en cuatro inyecciones se mejoró notablemente. Dos tabéticos, en seis y nueve inyecciones, fueron objeto también de gran mejoría. Una parálisis general se transformó considerablemente con algunas inyecciones.

Estas inyecciones no tienen ningún inconveniente.

Sicard aconseja asociar al tratamiento intrarraquidiano el tratamiento general por vía sanguínea.

La reacción de Smelin en el suero de la sangre. =

En las colemias poco intensas, no apreciables por la coloración de la piel y conjuntiva, se puede recurrir para su diagnóstico a la investigación de los pigmentos biliares en el suero, aplicando (modificada en su técnica) la reacción de Smelin, que se oscurece por la presencia de la seroalbúmina.

Silbert, Hercher y Postermak, aconsejan operar en un tubo de ensayo estrecho, derramando poco a poco el suero sobre el ácido nítrico. La superficie de contacto del ácido con el suero aparece de color blanco (coágulo de albúmina), que amarillea por su parte inferior, que se colorea en azul de reflejo verdoso. Este azul es característico de la bilirrubina presente en el suero.

La reacción es tan sensible que se presenta en disoluciones al 1 por 40.000.

Delirium tremens.

Su tratamiento. =

Un caso de *delirium tremens* que he tenido ocasión de observar recientemente, como consecuencia de un grave traumatismo (fractura completa de la pierna derecha por su tercio inferior), en un alcohólico crónico, prueba que el tratamiento más eficaz de este accidente es la inyección hipodérmica de un miligramo de clorhidrato de escopolamina.

En el caso que me ocupa, el enfermo llevaba treinta y seis horas de tremendo delirio de acción y de palabra. Se le habían administrado dos gramos de bromuro y tres gramos de cloral; 0,015 gramos de morfina en inyección hipodérmica y 0,03 gramos en poción por vía bucal. El delirio seguía vidente, con exacerbaciones alarmantes. En tal situación, rechazando el enfermo todo medicamento que se pretendiese administrar por la boca, no pudiendo hacer uso del baño caliente por tener puesto el vendaje enyesado, y no siendo prudente darle más morfina, por el peligro del coma consecutivo, decidí ponerle una inyección de un miligramo de escopolamina. A los treinta minutos de practicada la inyección, el enfermo quedaba tranquilamente dormido, y después de seis horas de sueño despertó, sin más huellas de la pasada tormenta que algunas frases incoherentes, pronunciadas cada vez más de tarde en tarde, hasta quedar en completa lucidez doce horas después de la inyección. El accidente no volvió a repetirse.

M. J. Alcrudo.

MEDICINA DE URGENCIA

Diagnóstico diferencial y tratamiento de los distintos comas. = =

A todo médico en ejercicio profesional le habrá ocurrido, más de una vez, el ser llamado con urgencia para prestar asistencia facultativa a un enfermo, a quien habrá encontrado inmóvil por completo, sin sensibilidad, con pérdida de la inteligencia; la respiración y circulación no estaban interrumpidas, pero los tres primeros síntomas mencionados persistían de un modo tenaz. Desde luego habrá diagnosticado un estado comatoso. ¿Qué conducta ha debido seguir? Diferenciar rápidamente la clase de coma de que se trata, para establecer en seguida el oportuno tratamiento.

¿Persisten el pulso y la respiración? No se trata de un síncope. ¿No ha tenido el enfermo accesos de sofocación antes de perder el conocimiento? No se trata de asfixia. Se trata de un estado comatoso, que puede ser debido a tumor, apoplejía, hemorragia o reblandecimiento cerebrales; a meningitis o a insolación; a reumatismo cerebral o a fiebre perniciosa; a uremia o a diabetes; a epilepsia o a histerismo; al alcoholismo o a intoxicación.

Aunque a primera vista parezca difícil el establecer con rapidez diferencias entre las catorce cosas mencionadas, no lo es. Con un poco de orden, se interroga a los presentes sobre la manera de empezar el estado actual del enfermo y sobre alguna enfermedad que pudiera padecer; se examina el aspecto y la actitud del paciente; se investiga si hay contracturas, convulsiones o parálisis; se observa la sensibilidad y la respiración; se miran el corazón y el pulso; se toma la temperatura rectal; se examinan los ojos y la boca; se hace otro tanto con la orina y el abdomen, y se investiga si hay vómitos y diarrea.

Procedamos con orden, sin embargo, puesto que todos los comas tienen síntomas de intensa analogía y síntomas de clara diferenciación.

En el coma consecutivo a la apoplejía, a la hemorragia o al reblandecimiento cerebrales, ha habido seguramente un período prodómico caracterizado por

vértigos, dificultad de la palabra, o parésia; hay facies vultuosa y desviación conjugada de la cabeza y de los ojos; hay hemiplegia, contracciones precoces o convulsiones; hay hemianestesia no constante; hay extertor; el pulso es lento; la temperatura, más baja que la normal al principio, va subiendo paulatinamente; la orina se retiene o se emite involuntariamente.

En el coma subsiguiente a meningitis o a tumor de cerebro, ha habido antes cefalea y vómitos, hay convulsiones y contracturas, hay pulso lento, nada revela el aparato urinario. Pero en el primer caso, la posición del enfermo es en forma de gatillo de fusil; y en el segundo, nada tiene de particular. En el primer caso hay hiperestesia y en el segundo no. En el primero hay fiebre y en el segundo hay apirexia. En la meningitis es la respiración irregular y en el tumor cerebral hay extertor. En aquélla hay estrabismo y en éste hay éxtasis pupilar. En aquélla hay rigidez de la nuca y signo de Koenig, y en éste nada de eso.

En el coma que sigue a la insolación o al reumatismo cerebral, hay enrojecimiento de la cara, inmovilidad completa, respiración regular, ojos normales y fiebre alta. Pero en el primer caso hay cefalea y en el segundo dolores articulares. En la insolación no indica nada el corazón y en el reumatismo cerebral habrá endocarditis más o menos acentuada. Y en todo caso, los antecedentes del enfermo aclararán la situación.

En los comas urémico y diabético tendremos palidez del rostro e hipotermia. Pero tendremos distintos antecedentes; y el edema de los párpados y la hinchazón de la cara propios de la uremia, faltarán en la diabetes; y la acetonuria de la diabetes será anuria en la uremia; y en ésta habrá convulsiones y en aquélla no; y en ésta habrá insensibilidad y en aquélla no; y en el corazón del urémico se oír ruidos de galope y en el del diabético no se oír nada; y la respiración urémica de tipo Cheyne-Stokes, será de tipo Kussmaul en la diabetes; y el olor clorofórmico del aliento diabético será amoniacal en el urémico; y los ojos de éste que serán asiento de una retinitis albu-

minúrica, no indicarán nada en aquél.

En los comas histérico y epiléptico tendremos crisis convulsivas anteriores y convulsiones actuales; pero en el histerismo habrá un sueño tranquilo y en la epilepsia no; en aquél habrá respiración tranquila y en ésta no; en aquél habrá corazón y pulso normales y en ésta no; en aquél habrá temperatura normal y en ésta no; en aquél habrá emisión abundante de orina después de la crisis y en ésta no. Además, tan características son las zonas histerógenas del histerismo, como la mordedura de la lengua y la espuma sanguinolenta de la epilepsia.

En el coma de fiebre perniciosa, tendremos los antecedentes palúdicos, la melanodermia, el pulso rápido y la temperatura elevada. Lo demás nada nos indicará seguramente.

El coma alcohólico se distinguirá bien por la excitación precursora, por los hábitos del individuo, tal vez por algún exceso reciente en la bebida, por el temblor de su lengua y de sus labios y sus manos, por el olor de su aliento, por su temperatura normal.

Finalmente, en el coma de las intoxicaciones, aparte de la profesión o los antecedentes del enfermo, tendremos vómitos o diarrea; tendremos miosis si la causa fué el opio y midriasis si fué la belladona; olor aliáceo del aliento, si anduvieron por medio el arsénico o el fósforo; contracciones, si tomó parte la estricnina; ribete gingival, si es el plomo el responsable; color rosa vivo, si la intoxicación es oxicarbonada; hipotensión arterial si se trata de cosas infecciosas.

En resumen. Aparte de antecedentes y aspectos, distintos en cada caso, el enrojecimiento de la cara es propio de la apoplejía, hemorragia, reblandecimiento y reumatismo cerebrales, de la insolación y de las intoxicaciones por la belladona y el carbono. La melanodermia, característica de la fiebre perniciosa. La palidez de los demás estados comatosos.

Las convulsiones se encuentran en casi todos los comas, a excepción de la insolación, de la diabetes, del reumatismo cerebral, de la fiebre perniciosa y de las intoxicaciones no estrícnicas. Ya hemos visto la diferencia de esas convulsiones.

La respiración que es normal en la insolación y en el reumatismo cerebral y en la fiebre perniciosa y en el histerismo y en el alcoholismo y en las intoxicacio-

nes, está alterada de modos diversos en los comas restantes.

El corazón y el pulso, que son normales en la insolación y en la diabetes y en el histerismo y alcoholismo, se alteran en los otros estados.

La temperatura, que es normal en los comas alcohólico, histérico y de intoxicación, es hipotérmica en los tumores cerebrales y en la diabetes y en la uremia, y es febril en los restantes casos.

Los ojos, que nada dicen en insolación y reumatismo cerebral, en diabetes y fiebre perniciosa, en comas epiléptico, alcohólico e histérico, tienen signos especiales en las demás ocasiones.

Y la orina cuyos detalles llaman la atención en la uremia, diabetes, histerismo, epilepsia, y cosas de cerebro (que no sean tumor, ni reumatismo), nada indica en los demás comas mencionados.

Una vez sentado el diagnóstico diferencial ¿cuál será el tratamiento? Dos indicaciones generales, aplicables a todos los casos, hay que plantear: reanimar al enfermo con estimulantes y hacer revulsión cutánea. Así, pues, trátase de lo que se trate, son siempre necesarias las fricciones energéticas de una u otra manera, la sinapización y las inyecciones estimulantes. Si el riñón filtra bien, el suero fisiológico será aplicable en todos los casos, menos en el coma de origen urémico. Si el pulso es pequeño y fugaz, aplicar en inyección hipodérmica el aceite alcanforado, el éter y la esparteína. Esto es todo, por el momento.

Un poco después, tratando de combatir la enfermedad productora del coma de que se trate, reposo y acetato amónico para el alcoholismo; hipotensivos para el saturnismo y la uremia; punción lumbar y electrargol para las cosas cerebrales de tumor, meninges o hemorragias; antipirina en inyecciones y hielo a la cabeza en la insolación; y en las distintas intoxicaciones, lavado de estómago, vomitivos y purgantes, dieta láctea, y el antídoto correspondiente. En la intoxicación oxicarbonada, respiración artificial e inhalaciones de oxígeno.

De querer profundizar más en esta cuestión de diagnóstico y tratamiento de los distintos comas, habría que escribir un capítulo especial para cada uno de ellos. Creo que basta con lo expuesto para salvar la situación de momento.

A. M. Martínez.

CIRUGÍA

REVISTA DE REVISTAS

Tratamiento de las crisis gástricas de la tabes por la operación de Franke.

El Dr. Mauclaire ha comunicado a la «Société de Chirurgie de París», sesión del 15 de Octubre de 1913, el resultado de sus investigaciones en la literatura acerca del porvenir de los enfermos operados de arrancamiento bilateral de los nervios intercostales—operación de Franke—para combatir las crisis gástricas tabéticas.

La cifra total de muertos es de tres. Uno, operado por Franke, murió dos semanas después de la operación de una pleuresía purulenta postoperatoria; una enferma de Sauvé y Tinel, que presentaba lesiones de tuberculosis pulmonar avanzada, murió de shock tres horas después de la operación, y un tercer caso, también de Sauvé y Tinel, cuya muerte no es imputable a la operación: se trataba de una enferma en la que reaparecieron las crisis gástricas cinco meses después de la operación y a la que se le hizo una inyección intrarraquidiana de electromercuriol, que produjo la muerte.

Las recidivas son frecuentes. Suman un total de nueve. Las unas son inmediatas: a las cuatro, las seis o las ocho semanas. Las otras, tardías: se manifiestan después de varios meses.

El número de curaciones alcanza la cifra de siete. De ellas en cuatro casos no se cita el tiempo que persistió la curación, y en tres en que la curación persistía: un año en un caso de Franke, diez meses en otro de Sauvé y Tinel, y quince meses en el presentado por Mauclaire a la «Société» en una de sus anteriores sesiones.

El comunicante opina que la operación de Franke da numerosas curaciones y mejorías. Que es una operación menos grave que la resección radicular intrarraquidiana u operación de Færster, y que debe comenzarse por ella, que da aproximadamente la mitad de mortalidad.

En la misma sesión Hartmann cita un caso operado por él, en que la desaparición de las crisis duró mientras el enfermo estuvo en el Hospital, recidiando quince días después, según carta recibida del enfermo, en la que reclama nueva operación.

(*Journal de Chirurgie*. Décembre 1913. París.)

La anestesia transsacra en las operaciones del periné y de la pequeña pelvis. =

Mr. R. Danis, después de insistir sobre la importancia cada vez mayor que la anestesia regional tiene en la práctica quirúrgica, describe una nueva técnica, que consiste en inyectar novocaina en los agujeros sacros. Se obtiene así un vasto territorio insensible, que comprende el periné, los órganos genitales externos, a excepción de los testículos, la pequeña pelvis y su contenido, a excepción del cuerpo uterino y los anejos.

El enfermo se coloca en decúbito prono, se clava una aguja fina y larga una pulgada por debajo de la espina iliaca posterior e inferior y a una pulgada igualmente de la línea media se penetra en el tercer agujero sacro y se inyectan algunos centímetros cúbicos de la solución novocaino-adrenalina al uno y medio por cien. Se repite la inyección a una pulgada más abajo, en el cuarto agujero sacro, y se hace lo mismo en el lado opuesto en caso de operación bilateral.

Danis ha podido operar por su método de anestesia hemorroides, ha practicado un raspado y amputado un recto canceroso. Cita algunas operaciones practicadas por Lippens en las mismas condiciones, y especialmente una inyección de alcohol en el tercero y cuarto agujero sacro en un caso de coxigodinia rebelde, operación que dió muy buenos resultados.

(Comunicación al XXVI Congreso de la Asociación Francesa de Cirugía. París, 6-11 Octubre 1913.)

Tratamiento operatorio directo del cáncer recto.

El profesor Henri Hartmann publica un doctrinal artículo sobre esta cuestión, en el que después de un ligero escarceo histórico y de examinar los resultados inmediatos y lejanos de las distintas operaciones de exéresis en el tratamiento del cáncer rectal, describe la técnica de la intervención por vía abdómino-perineal y llega a las siguientes conclusiones:

«La operación ampliada del cáncer del recto por vía abdómino-perineal, a pesar de su considerable gravedad inmediata, nos parece una operación del porvenir, por ser, bajo el punto de las recidivas, indudablemente superior a todas las anteriormente practicadas. Evitando las faltas que hemos señalado, practicando sistemáticamente la colostomía terminal, eligiendo juiciosamente los casos, se obtendrá un porcentaje de curaciones inmediatas considerable.

»En lo sucesivo rechazaremos la operación en los enfermos viejos de más de sesenta años, en los obesos y en aquellos que les funcionen mal los riñones; por el contrario, no limitaremos la operación abdómino-perineal a los casos de cánceres recto-sigmoideos, y la extenderemos así mismo a las neoplasias situadas más bajas, ya que todo cáncer del recto se acompaña frecuentemente de adenopatías bastante altas, y sólo es posible conseguir la curación definitiva operando por vía combinada; esta vía es la única que permite seguir la regla general en materia de cáncer: *la ablación del tumor con el territorio linfático secundariamente invadido.*»

(*Journal de Chirurgie*. Diciembre 1913. París. Pág. 693.)

Trad. M. J. A.

Tratamiento del cáncer.

Entre las incesantes investigaciones que se están llevando a cabo en todo momento por los más sabios microbiólogos, están llamando poderosamente la atención las del profesor danés Rovsing, de Copenhague. Se fundan en la autoserapia, de la que ya se han obtenido resultados bastan-

te halagüeños en las enfermedades infecciosas, y en la que se espera exista la clave del irresoluto problema de la curación del cáncer.

El proceder del profesor Rovsing es el siguiente:

«De un enfermo atacado de cáncer extrae un pedazo del tumor. Utiliza también los ganglios próximos a los cuales se haya propagado el germen del tumor. Estos fragmentos, recogidos con minuciosas precauciones de asepsia, son triturados en una solución fisiológica de cloruro de sodio. La mezcla es agitada durante una o dos horas, y después colocada dos días en una nevera. Se filtra en seguida, y el líquido que resulta después de la filtración, calentando a 56 grados durante una hora, es empleado como vacuna.

Las inyecciones son hipodérmicas y en cualquier región. Van seguidas de una reacción al cabo de tres horas, que se manifiesta al nivel del tumor y de los ganglios enfermos, reacción bastante dolorosa, que puede durar muchos días, y algunas veces acompañada de fiebre. La dosis inicial es de un centímetro cúbico; después, con intervalos de tres a cuatro días, se eleva progresivamente esta dosis hasta 5, 10 y 20 centímetros cúbicos en caso necesario, cuando sea posible, pues el líquido pierde sus propiedades con el tiempo, y no es posible hacer frecuentes extracciones al enfermo para la preparación de una nueva vacuna. Los resultados, sin que sea posible hablar aún de verdaderas curaciones, han ofrecido mejorías muy notables en el estado general y en el estado local, llegando hasta la reabsorción completa del tumor. Son más notables aún cuando las inyecciones son practicadas en el mismo enfermo que ha suministrado la vacuna. De todos los tumores es el sarcoma el que se muestra más claramente influenciado por este tratamiento.

El Dr. Lunkenbein, de Munich, que acaba de publicar en un trabajo general los resultados que le ha producido la aplicación del método del profesor Rovsing, no duda en pensar que cuando éste se perfeccione podrá llegar a curaciones definitivas.

Consideraciones acerca de la eclampsia gravídica. —

Hemos tenido ocasión de leer, en recientes publicaciones médicas, tratamientos distintos de este grave accidente de las embarazadas, que, al no estar en armonía con el proceder de los más eminentes tocólogos contemporáneos, no deben quedar sin comentario por nuestra parte.

Sirva a la vez la presente nota de advertencia y de guía seguro al médico práctico, ya que nuestras palabras serán la interpretación fiel de las ideas que sobre el particular sustenta el distinguido profesor Liemann, de Berlín, tocólogo de la escuela de Bumm.

Dejemos a un lado las infinitas teorías emitidas acerca de la todavía oscura patogenia de la eclampsia. Partamos del hecho indiscutible de que es una toxihemia especial que se presenta en las últimas semanas del embarazo y nos convenceremos de que eclampsia y embarazo se relacionan tan íntimamente como el efecto y su causa.

Si, pues, hoy es incuestionable que el factor principal de esta toxihemia es la gestación avanzada, hacer que ésta termine lo antes posible equivaldrá tanto como a cerrar el manantial de toxinas y constituirá la única terapéutica racional.

En apoyo de este proceder están las modernas creencias, que hacen responsable a la placenta de ser la que vertiendo sus toxinas en cantidad anormal al torrente circulatorio, produce los graves trastornos de la eclampsia.

Por eso los tocólogos modernos ven en toda eclámpsica un caso de intervención activa, y condenan toda expectación, que por breve que sea, puede oca-

sionar graves e irreparables perjuicios a la madre y al feto.

Es un error, pero error crasísimo, prescindir en la eclampsia de operaciones obstétricas y quirúrgicas, como aconseja el Dr. J. N. Barthes, de Argel, y conformarse con la inyección masiva de morfina, la dieta hídrica y los lavados frecuentes del recto con agua hervida. A este simple tratamiento reduce el citado doctor la terapéutica de tan temible accidente, llegando a prescindir de la sangría y el suero, por creer que perjudican más que favorecen.

La misma opinión abstencionista parece sustentar Liegeois, asistente del profesor Fabre de París, el cual para nada menciona la intervención tocológica al darnos cuenta del tratamiento que él estima más conveniente.

Nosotros, con Liemann, opinamos que para salvar a una eclámpsica es imprescindible vaciar el contenido de su útero lo antes posible, recurriendo a todos los medios, aun a los más cruentos, si las circunstancias así lo exigieran. Y con este criterio el práctico resolverá en cada caso lo que deba hacer.

Si las circunstancias le son favorables y se encuentra con aptitudes para provocar y acelerar el parto deberá poner, resueltamente y sin temor ninguno, manos en obra; si no, pídase la ayuda de un especialista, y si la índole especial del caso requiere una intervención imposible de realizarse con garantías de éxito en las casas particulares, envíe a la enferma a una clínica sin pérdida de momento, y sin entretenerse en tentativas inútiles.

Téngase presente que bajo la anestesia clorofórmica se pueden practicar en las eclámpsicas todas las manipulaciones. En todos los casos deberá comenzarse por ella, ya que por sí sola es un excelente

remedio para prevenir los accesos convulsivos, muy aconsejado en la eclampsia hasta cuando forzosamente hay que esperar para intervenir, trasladar la enferma, etc.

No es esta ocasión para exponer los múltiples medios que el tocólogo tiene a su disposición para lograr la pronta evacuación del contenido uterino. En cualquier tratado de Obstetricia están consignados. Ni debemos discutir cuál es el preferible, pues como es natural, variará según los casos.

Pero sí deseamos quede consignado que *la terapéutica de la eclampsia es eminentemente obstétrica por ser la primera indicación a llenar el vaciamiento rápido del útero.*

Una vez satisfecha la indicación causal, es cuando deberá atenderse a las indicaciones sintomáticas. La eclámpsica está ya despojada del manantial de toxinas que rápidamente la intoxicaban; pero es necesario que elimine las que invadieron su organismo y que contrarrestemos los efectos causados por la intoxicación ya iniciada en los distintos órganos y aparatos.

Y estas indicaciones las llenaremos con la sangría, en las pletóricas, seguida de inyección masiva de suero y dando tres veces al día un papel de

Diuretenia un gramo.
 Polvo de hojas de digital) ana 0'01 centígr.
 Alcanfor triturado . . . } méz. para un papel.

Si el corazón decae y el pulso se hace hipotemo se dan hasta 15 gramos diarios de aceite alcanforado en inyección, y si se acelera demasiado se usan las inyecciones de Digalena.

Deberá abstenerse en lo posible de narcóticos y sólo en caso de exagerada excitación se recurrirá al enema de tres gramos de hidrato de cloral y a la morfina, inyección de 0'03.

El estado comatoso habrá de atenderse practicando la respiración artificial, la flagelación con paños mojados en agua fría y el masaje del corazón.

Tal es, en síntesis, la terapéutica actual de la eclampsia gravídica adoptada y seguida por los tocólogos contemporáneos que siguen las huellas de los maestros en Obstetricia.

M. J. Alcerudo.



PEDIATRÍA

La investigación de los cloruros en la orina de los varriolosos. — Su importancia.

Escasa o ninguna importancia dan los autores a las alteraciones de la orina en la viruela, y rara vez el médico práctico se preocupa de su análisis; y sin embargo, es una de las enfermedades que hace sentir de un modo directo su influencia en la composición química de ese líquido, no precisamente por la presentación de elementos anormales, sino por los trastornos notables en la cantidad de sus elementos normales.

Es la viruela enfermedad que modifica el trabajo nutritivo, y trascendiendo esa modificación a la secreción urinaria, su conocimiento nos permitirá apreciar la intensidad del mal y el curso de sus evoluciones. Por eso, el análisis de orina en la viruela, lo mismo que en las demás fiebres eruptivas, no ha de encaminarse solamente a la determinación de la albúmina, sino a buscar la alteración cuantitativa de los elementos que normalmente la integran y la perturbación en la proporcionalidad recíproca de estos elementos. Su conocimiento, sobre todo la investigación de los cloruros, nos permitirá apreciar el curso de la enfermedad y anunciarnos las complicaciones que puedan presentarse.

El trabajo de investigación que voy a exponer versa sobre cinco análisis practicados en cinco enfermos de viruela.

En los cinco enfermos la orina (como en todos los enfermos febriles) era oscura y poco abundante, tal vez a causa de la abundancia de materias extractivas, creatina, xantina, e indican que, según Robin, contienen las orinas febriles. (Según Pouchet, estas orinas contienen una ptomaina tóxica.) Su densidad estaba aumentada en todas ellas, así como la acidez. El ácido fosfórico aumentado también, y no hice la separación en fosfatos alcalinos y alcalino-térreos, por creer que en las fiebres eruptivas no tiene la importancia que en ciertas enfermedades nerviosas y digestivas. La urea, aumentada igualmente, aumento que, según la mayoría de los autores, deriva del estado febril, si bien Villard y Brouardel opinan que su origen es distinto. Aumentado el ácido úrico. La albúmina, tan frecuente en las fiebres eruptivas, no pudo apreciarse en ninguno de los análisis, aun los practicados en el período de invasión; albuminuria precoz

muy frecuente, según Trusseaux, que aparece en el 25 por 100 de los atacados, según Bourgin, y siendo casi constante, según Dehío. Tampoco pudo apreciarse la albuminuria tardía que, según Cartaz, aparece en el 10 por 100 de los atacados y a los veinte o veinticinco días de enfermedad, indicando la formación de una nefritis glomerular.

He dejado para lo último la determinación de los cloruros, porque de su investigación he sacado consecuencias importantísimas para el pronóstico. La determinación de la albúmina en la orina de las fiebres eruptivas relega al olvido el análisis de los cloruros, y sin embargo, toda mejoría va acompañada de un aumento y toda gravedad se marca por un descenso de los cloruros. Guyón dice que ha podido pronosticar la muerte de un enfermo por el solo hecho del descenso de los cloruros a 0,25 y a 0,20, y Melin añade que «la ausencia de cloruro sódico le parece indicio de próxima muerte».

He de presentar el cuadro de los análisis en los cinco enfermos a que me he referido, respecto al cuantitativo de cloruro sódico:

	Período de invasión	Período de erupción	Período de supuración	Período de descamación
Caso 1.º	5,973	5,145	5,155	7,436
Caso 2.º	8,343	7,547	7,432	9,597
Caso 3.º	6,337	5,745	5,734	8,477
Caso 4.º	4,964	4,053	4,058	10,636
Caso 5.º	7,932	7,843	6,839	10,242

En los cinco enfermos a que se refieren las observaciones apuntadas anteriormente, la gravedad siguió una marcha inversa a la disminución de los cloruros, iniciándose la mejoría franca algún tiempo después de la elevación en la orina de esta sustancia, pudiendo pronosticar esa mejoría y anunciarla a la familia aun sosteniéndose los demás síntomas y persistiendo la temperatura.

En el caso cuarto, el más grave de los enfermos, precisamente aquel que fué menor la eliminación de cloruros, pude, por el solo hecho de analizar la orina, pronosticar una mejoría inmediata, cuando

los deudos del enfermo creían próxima la muerte.

En los cinco casos la disminución de los cloruros se mantuvo en la mínima cifra durante el período de supuración, en contra de lo que aseguran Bourgin y Moser, que dicen disminuye en la erupción para aumentar en la supuración y defervescencia.

Varios son los procedimientos aconsejados para la determinación de los cloruros en la orina; citaré el de Volhard, el de Martius, pero todos resultan difíciles en la práctica, mucho más en la práctica rural, para cuyos médicos escribo principalmente estas observaciones. Más sencillos y al alcance de todos, aunque con ellos no se consiga una dosificación exacta, son los siguientes:

Se toman 10 c. c. de orina en un tubo de ensayo y se acidula con unas gotas de ácido nítrico; se vierte con cuidado una gota de una solución de nitrato de plata al 1 por 10, y si la cantidad de cloruros es normal, se formarán enseguida varios grumos de cloruro de plata, los cuales se precipitan en el fondo. Si los cloruros se hallan disminuídos, se formará un enturbiamiento más o menos intenso.

Otro procedimiento consiste en tomar una solución de nitrato de plata al 2,907 por 1.000, y otra solución de bicromato potásico al 1 por 20. En una copa de ensayo se ponen 10 c. c. de orina previamente filtrada y acidulada con ácido nítrico, a la que se añaden veinte gotas de la solución de bicromato de potasa. Se coloca la solución de nitrato de plata en una bureta graduada y se le deja caer gota a gota en la copa de ensayo, agitando sin cesar. Como en el anterior procedimiento, se forma un enturbiamiento de cloruro de plata; se continúa añadiendo solución de nitrato hasta que la mezcla tome un tinte rojo de cromato de plata, que nos indicará

han sido reducidos todos los cloruros. Anótase exactamente el número de centímetros cúbicos de la solución de nitrato de plata empleada, y en estas condiciones, si hemos empleado, por ejemplo, 8 c. c. de la solución, contendrá la orina que analizamos el 8 por 1.000 de cloruros.

La cantidad de los cloruros de las enfermedades febriles aumenta y disminuye en la orina, según el curso de estas enfermedades y según las complicaciones de que se acompañan. Su determinación y su conocimiento será un guía seguro para el médico, que le permitirá aquilatar el pronóstico, problema el más difícil en la práctica profesional.

Dr. A. Guallar Poza.

REVISTA DE REVISTAS

Vacunoterapia de la coqueluche.

Con ocasión de una epidemia tuncina de coqueluche, MM. Charles Nicolle y A. Conor, han ensayado el procedimiento de vacunar los enfermos, inoculándoles cultivos vivos del microbio de Bordet, habiendo después presentado a la Academia de Ciencias los resultados de esta vacunación de la coqueluche. Para la emulsión empleada se utilizaron cultivos que databan de 48 horas. Cada gota, que representaba 400 millones de microbios, se diluía en 2 cc. de agua fisiológica. Los sujetos recibieron de I a V gotas de emulsión por inyección, cada dos o tres días. No se dió ninguna reacción. De 104 inoculados seguidos, se observaron 33 curaciones, de las cuales 27 sobrevivieron entre los tres y doce días; 40 casos de mejoría y 27 estados estacionarios. La mejoría alcanza al número e intensidad de las quintas nocturnas.

(La Quincena Médica, Enero de 1914).



DERMATOLOGÍA

La lámpara de Kromayer en Dermatología.

La Dermatología está llamada a producir una verdadera revolución en la Medicina, tanto en lo que a etiología se refiere como a tratamiento. Desde Finsen, que inició la terapéutica fototerápica, se han sucedido transformistas, que queriendo mejorar y simplificar el aparato por él ideado, no llegan a convencer del todo en sus nunca bien alabadas aspiraciones.

Reyn, Lortet, Genoud y últimamente Kromayer ha logrado que por los vapores de mercurio encerrados dentro de una lámpara de cuarzo, que permite el paso de los rayos ultravioleta, la Dermatología haya dado un paso de gigante.

Según Kromayer, son considerados los rayos de la lámpara de cuarzo como más energéticos y de mayor penetración, resumiendo sus ventajas sobre el aparato Finsen:

- 1.º En que la exposición es un tercio o un quinto inferior a la de Finsen.
- 2.º En que se pueden tratar porciones más extensas.
- 3.º Tiene mayor facilidad para los ayudantes y el práctico.
- 4.º Gastos poco elevados por el consumo de la corriente.

Afirmando estas conclusiones Wickmann, Wetterer, Lohde y Peyri.

Por estos rayos son tratados hoy día: El lupus eritematoso. El lupus pernio.

Las radiodermitis consecutivas al empleo de dosis excesivas de rayos Roentgen que con frecuencia se observan, bastando una sola sesión, como he observado en un caso de idiosincrasia.

La psoriasis (en erupciones superficiales extensas).

- El liquen plano.
- El acné vulgar.
- El acné necrótico.
- Los nævi vasculares.
- El eczema crónico, y últimamente,
- La alopecia, en sus distintas variedades.

El doctor Franz Nagelschmidt, de Berlín, ha tratado 157 casos de alopecia, de

los cuales 129 curaron, 17 mejoraron y en 11 no tuvo resultado satisfactorio.

El tratamiento lo hizo modificando la lámpara de Kromayer, pues según ha ideado suprime el enfriamiento por el agua indispensable en la Kromayer.

Sobre el empleo de la nieve carbónica.

La nieve carbónica (ácido carbónico congelado) hace más de un año que le vi emplear al doctor Peyri, de Barcelona, con resultados maravillosos en los

Nævi vasculares.

Nævi planos.

Nævi pigmentados blandos.

Queratoma senil.

Úlcus rodens.

Lupus eritematoso, y como novedad el doctor Morton le preconiza en el eczema crónico.

Tengo en tratamiento por este medio una enferma, cuyos resultados daré a conocer en otro número.

Dr. Lorenzo Lambán.

Terapéutica del prurito.

El Dr. Sellei publica en el *Orvosok Lapja* a este propósito lo siguiente:

«La curación del prurito constituye uno de los más difíciles problemas de la dermatología, y la razón de ello estriba en que las causas de la afección hay que buscarlas en parte en la piel, y en parte también en las anomalías de constitución.

Antes se estimaba como prurito toda enfermedad de la piel en la cual faltaba una causa visible del picor; así fué el prurito (con excepción de aquellos casos en que el picor se hallaba relacionado con alteraciones de la piel, como, por ejemplo, eczema, prúriga, liquen, urticaria, mycosis fungoides, prurito de las enfermedades ocasionadas por parásitos animales o vegetales, etc.) considerado como una enfermedad de la piel, local y nerviosa, en la cual las alteraciones que sufría ésta eran simplemente de naturaleza secundaria.

Sin embargo, no cabe duda que en la etiología del prurito intervienen también

otros factores. Las diversas diatesis, la diabetes, las afecciones gástricas, intestinales y hepáticas, el fluor, los oxiuros, etcétera, pueden ser la causa del prurito, tanto local como general. Además de éstos son conocidos también otros factores etiológicos; así, por ejemplo, el cambio de temperatura ocasiona igualmente prurito en algunas personas, como lo demuestran las dos formas conocidas con el nombre de *pruritus hiemalis* y *pruritus aestivalis*, que se presentan en ciertas personas al entrar las estaciones invernal y estival respectivamente.

De lo dicho se desprende que en propiedad la terapéutica del prurito sólo podrá ser coronada por el éxito cuando investiguemos primeramente las causas que lo provocan y sostienen, y ajustemos nuestras medidas de tratamiento, no a un criterio solamente sintomático, sino atendiendo ante todo a su etiología.

En nuestros procedimientos quisiera yo ocuparme principalmente de dos que ensayé en varios casos y que, empleados en apropiadas ocasiones, los juzgo muy útiles. Uno de ellos fué recomendado hace varios años por Kromayer contra el prurito local; como es sabido, el prurito localizado en el periné, escroto y región del ano, constituye frecuentemente un padecimiento extraordinariamente tenaz; aquí los conocidos antipruriginosos y queratolíticos, como el pirogalol, crisarobina, etc., empleados a solución concentrada, fracasan en muchas ocasiones, no producen efecto alguno y a veces aun la fototerapia, roentgenterapia y los rayos rojos y violetas fracasan también, de tal manera que, a lo sumo, sólo el tratamiento por el termocauterío de Paquelin, empleado superficialmente y seguido durante más o menos tiempo, puede proporcionar alguna mejoría. En semejantes tenaces casos existen también la mayoría de las veces las alteraciones secundarias características de prurito, que pudieran llamarse eczematización y liquenización; la piel aparece seca, brillante; a menudo fuertemente infiltrada, recia y consistente.

En semejantes casos recomienda emplear el procedimiento de Kromayer, el cual consiste en un pincelamiento de la región enferma con lejía de sosa al 20 por 100; esta lejía, considerada su fuerte acción irritante, no debe emplearse seguidamente por mucho tiempo; por esto considero conveniente comprimir inme-

diatamente la región enferma, uno o dos minutos después de hecho el pincelamiento, con una torunda de algodón empapada en agua, para impedir enseguida toda acción irritante.

La lejía ocasiona una necrosis colicativa superficial y el picor cesa; la inflamación de la piel se tratará después con una pomada de óxido de zinc con lanolina al 5-10 por 100, o con pomadas secantes suaves. Este procedimiento se repetirá varias veces.

Solamente habrá que excluir de este tratamiento a todos aquellos casos en los cuales el tratamiento por las lejías ha ocasionado una fuerte dermatitis. En las personas muy susceptibles, especialmente en las mujeres, es conveniente empezar con una solución al 5-10 por 100 para pasar después a una concentración mayor.

El tratamiento del prurito general exige igualmente investigar, y si es posible curar, las causas de la enfermedad.

Las funciones del estómago y del intestino deben ser reguladas, procurando que la exoneración ventral se verifique diariamente y se regularice asimismo la dieta.

Para hacer desaparecer el picor contamos hoy día con gran número de remedios, tanto internos como externos. Si no producen efecto es conveniente acudir al procedimiento de Bruck, con el cual he conseguido frecuentemente buenos resultados.

Bruck parte de la idea de que en estos casos tenaces es necesario producir una modificación en la composición de la sangre, y en consecuencia practica primeramente en una de las venas del brazo una sangría de 100 a 300 centímetros cúbicos, e inmediatamente después inyecta medio a un litro de solución fisiológica de cloruro de sodio.

Yo, por mi parte, no he inyectado nunca más de 300 centímetros cúbicos de ésta.

El picor cesa a veces inmediatamente después de la inyección. En los casos de mi práctica se tuvo, sin embargo, que repetir ésta porque no producía una curación definitiva.»



OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

Sinusitis fronto-etmoidal de origen exclusivamente gonocócico. = = =

(Comunicación al último Congreso Otorino-laringológico de Bilbao).

El asunto de que me voy a ocupar es la descripción de un enfermo interesante, por creer yo ha sido el primero en que la causa determinante de la supuración del seno frontal y células etmoidales, fuese determinada por el gonococo de Neiser.

Considero pertinente dar un ligero bosquejo de la historia de dicho enfermo. Hombre robusto, de 24 años, natural de Lorca (Murcia); se presentó en una de las consultas de la Clínica del Carmen (hoy Instituto Laringológico), de Madrid, en el pasado mes de Diciembre.

Venía a consultar a propósito de una piorrea nasal del lado izquierdo, acompañada de cefalalgias muy intensas, habiéndose iniciado éstas en el mes de Octubre del año 1911.

El diagnóstico fué el de una clásica sinusitis-frontal, siendo el enfermo en el que de manera más evidente se pudo apreciar, por diafanoscopia, la falta de transparencia en el lado afecto.

Con el asentimiento del enfermo, fué operado en los primeros días del pasado mes de Enero, ateniéndonos al procedimiento de Killian, encontrándonos con un seno de grandísimas dimensiones y materialmente atiborrado de pus. Se limpió lo mejor posible, terminando la operación sin incidente alguno.

El curso post-operatorio fué excelente y la cicatrización muy rápida, aunque, a decir verdad, nunca se pudo conseguir se anulase la supuración, que persistía, si bien ya en poquísima cantidad.

A los dos meses de operado le fué dada un alta provisional, para que arregla-

se el enfermo unos asuntos fuera de Madrid, aconsejándole no dejase ni un día de practicar sus lavados nasales.

Sólo diez días estuvo sin mis cuidados, viniendo al cabo de ellos a la consulta particular mía sumamente afligido, por habersele abierto un trayecto fistuloso en el ángulo interno de la cicatriz existente, expulsando por él bastante pus. Al sondar dicha fistula pude apreciar dimanaba la supuración de las células etmoidales anteriores, pues ambas celdillas habíanse abierto en el interior del seno frontal, y daban la impresión, al tocar con el estilete, de hueso desudado como azucarillo.

Mediante anestesia local, dí abertura otra vez al seno frontal, encontrándole sin ningún vestigio de supuración, pues el trayecto fistuloso comunicaba independientemente una de las celdillas etmoidales con el exterior. Como ya digo, era sólo una célula etmoidal anterior la que supuraba. Con mucha precaución, y ayudado por una pequeña cucharilla abrí otra celdilla, también del grupo anterior, la cual estaba repleta de pus.

Una vez convencido que estaba limpio, por lo menos macroscópicamente, volví a cerrar la herida, no sin antes haber recogido y extendido el pus extraído en seis o siete porta-objetos.

El análisis de este pus fué lo que me condujo de la mano al diagnóstico etiológico con que encabezo este trabajo.

Tres días después, levantado el apósito, la herida estaba en condiciones inmejorables.

A los pocos días el Dr. Rozábal me enviaba el resultado de los análisis del pus remitido de dicho enfermo.

Investigaciones llevadas a cabo en las preparaciones recibidas:

1.ª Fricción con el azul de metileno,

notó las primeras molestias cefalálgicas y supurantes en el mes de Octubre de 1911. Pues bien; en el mes de Agosto, o sea dos meses escasos antes, adquirió una blenorragia, según él manifiesta, muy aguda. Por desidia y abandono la fué descuidando, ateniéndose solamente a consejos ineficaces de sus amigos del pueblo.

Pasados quince días contrajo una orquitis, la cual, una vez curada, o mejor dicho aliviada, abandonó la cama para comenzar las tareas de la labranza, que eran los trabajos que realizaba.

Al mes siguiente, o sea el de Septiembre, tuvo que volver a hacer cama, por padecer dolores en las articulaciones de la rodilla y hombros, con fiebre. Todo esto confirma la virulencia y abandono de la infección.

Por fin llegamos a la causa determinante de la sinusitis, que fué una enfermedad en los ojos, a decir del enfermo, que le supuraba bastante, y que le costó un mes de tratamiento muy molesto, por el escozor que le producía la instilación de una medicina muy parecida a la que por inyección le administraban en el miembro.

Con esto no hay lugar a duda que seguramente se trató de una oftalmia blenorragica.

Siendo en Octubre cuando notó los primeros síntomas molestos sinusales. Teniendo la supuración alternativas de aumento y descenso.

En la actualidad no tiene restos apreciables de supuración en el órgano genital.

Desde entonces, los lavados al seno frontal y células etmoidales los practiqué con solución concentrada de protargol en agua, siendo la mejoría evidente, hasta que un día, o sea a los quince de esta segunda operación, el enfermo dejó de venir a curarse, y esta es la hora en que no he vuelto a saber de él. Sólo tengo referencias; quedó completamente curado.

La fuga de dicho enfermo la lamenté, tanto por no haber podido seguir la his-

toria y curación hasta el final, como por haberme privado de ciertas investigaciones, para dar más fuerza a dicha historia; pues aunque no creo pecar de ligero al diagnosticar esta sinusitis de gonocócica, tanto por su patogenia como por el análisis, me faltaron las pruebas siguientes:

1.^a Culturas del pus en suero, agar, etc., etc., e investigaciones de las culturas por el Graam.

2.^a Siembras de esas culturas sobre violeta de genciana fenicada, etc., etcétera. Hallazgo de diplococos intra y extracelularmente (dispuestos en habichuela.)

2.^a Método clásico de Graam. Dichos diplococos no conservan el Graam.

3.^a Coloración por el verde de metilo, según el método de Papperein.

El hecho de ser negativos al Graam; la disposición, forma y tinción, fueron apoyo suficiente para pensar se tratase de gonococos, y por lo tanto, encaminar en mi enfermo la exploración hacia ese sentido.

El resultado del interrogatorio a que le sometí, fué lo terminante que voy a exponer:

Como anteriormente dije, el enfermo agar ordinario (falta de procreación: gonococos).

3.^a Cultivos en medios azucarados y tornasolados.

4.^a Inoculación en animales.

Más me creo con derecho a afirmar eran gonococos; pues sólo el onicococo catarralís, el meningococo, el de Friendländer y pocos cocos más, son los refractarios a la coloración por el Graam; siendo además su morfología bastante diferente a la del gonococo.

Contando además con el poderoso de la marcha de la infección.

La infección gonocócica fué seguramente transmitida al seno frontal, a través de la pared o techo de la órbita, propagándose del seno frontal al etmoides.

Si mi enfermo no hubiera padecido oftalmia, la marcha de la infección hubiese

sido más difícil; pues sabido es que el gonococo no pulula por la sangre, siendo la penetración del agente en la circulación a manera de verdaderas descargas, que van a enquistarse en sitios determinados, habiendo sido muy difícil fueran a alojarse en un sitio tan distante y de difícil llegada.

La predilección que el gonococo muestra por los tejidos serosos, es por su poca vitalidad para destruir los microbios por ellos mismos.

En el caso que he historiado, recordarán que el seno afecto fué el del lado izquierdo; explicable, a mi modo de ver, porque dicho seno es más amplio que el del lado derecho (Blumenbach, Eugel, Hildebraudt, etc., etc.)

Siendo, por lo tanto, sus paredes más tenues que en los senos pequeños, y por lo mismo más fácil de ser franqueado por cualquiera de los agujerillos imperceptibles que en la pared superior de la órbita se encuentran.

Esta localización sería frecuente si fuese la oftalmia purulenta en los adultos; y digo en los adultos, porque los niños, sobre todo los recién nacidos, que son los que con mayor frecuencia la padecen, no pueden contraer sinusitis frontales por la sencilla razón de que carecen de senos frontales, pues éstos no se desarrollan sino entre los dos y los ocho años.

Yo he practicado cortes frontales en niños de cuatro a cinco años, y no existían los senos; tan sólo observé una masa pulposa, indicios de su formación.

La génesis de los mismos es producida, invaginándose la mucosa nasal, por la porción anterior, inferior del hiatus semi-lunar y por un proceso destructivo del diploe óseo, a semejanza de las formaciones análogas por osteoblastos.

Este, creo yo, es el primer caso historiado en nuestra especialidad, de lesión gonocócica en un seno. A mi juicio tiene, a más del interés de la curiosidad, el de profilaxis que en caso de oftalmia haya de llevar a cabo.

Las periostitis blenorragicas no son raras, habiendo encontrado Fusger en las regiones epifisarias el gonococo.

No paso revista a todas las localizaciones metastásicas de la blenorragia, por no considerarlo pertinente.

Lo que sí recordaré es el éxito que se atribuye al suero antigonocócico «Arthigar», en las lesiones blenorragicas.

En mi enfermo me hubiera gustado aplicarlo y ver si los resultados eran mejores que los obtenidos con los sueros antiestaficócicos en las sinusitis que se encuentra puro dicho germen.

Dr. D. Enrique Prada
(Madrid).



PROFESIONALES

Los contratos de los médicos titulares. =

Por ser de interés excepcional para la mayor parte de los médicos españoles y para desvanecer las dudas que, tanto los Ayuntamientos de los pueblos como los médicos titulares, tienen respecto a los contratos, publicamos la sentencia que con fecha 7 de Enero de 1913 dictó la sala de lo Contencioso del Tribunal Supremo, y cuya sentencia se halla inserta en el anejo 3.º de la *Gaceta* del día 28 de Junio de 1913.

En dicha sentencia se establece que, cuando se trate de contratos fenecidos por conclusión del término fijado, después de regir la Instrucción general de Sanidad, y expresamente prorrogados por tiempo indefinido, no pueden rescindirse por los Ayuntamientos, pudiendo dar lugar a la separación de los titulares cuando éstos cometan faltas en el desempeño de su cargo.

El caso a que dió lugar el pleito que motivó la anterior sentencia, vamos a referirlo en breves palabras.

En sesión extraordinaria celebrada el 15 de Enero de 1898 por la Junta municipal de Morales del Vino (Zamora), se nombraron médicos titulares de dicho pueblo a D. Felipe Hernández Mulas y a D. Hermenegildo Hernández Mulas, en virtud de concurso abierto para la provisión de las vacantes. En 5 de Febrero del mismo año se extendió y firmó el contrato por cuatro años. Terminado el plazo y sin hacer constar la renovación del contrato, continuaron los médicos ejerciendo hasta el 31 de Marzo de 1906, en que (mediando orden del gobernador) se prorrogó el contrato indefinidamente. A primeros de Junio falleció Felipe Hernández Mulas, y su hermano, apoyándose en la Instrucción de Sanidad y en la clasificación vigente de los partidos médicos, reclamó la titular entera. Pero en sesión celebrada por el Ayuntamiento del pueblo el 18 de Febrero de 1910, propuso el alcalde (y así se acordó) declarar la vacante y anunciarla en el *Boletín Oficial*. El médico recurrió al gobernador, y éste, en 19 de Abril de 1911, confirmó el acuerdo del Ayuntamiento. El médico, entonces, interpuso recurso contencioso administrativo ante el Tribunal provincial de Zamora contra el acuerdo del gobernador, y así sucesivamente, hasta llegar a conseguir la sentencia que hemos publicado, que ha de servir de norma

en lo sucesivo para aclarar de una vez la importante cuestión de contratos entre médicos y Municipios.

Ya lo saben, pues, los médicos titulares que se encuentren en análogas condiciones, y lo serán la mayor parte. Su estabilidad en los pueblos es idéntica al que tiene una plaza por oposición, que sólo en virtud de formación de expediente, por faltas cometidas, pueden ser destituidos de los cargos que tuvieren.

NOTICIAS

El doctor D. Pedro Ramón y Cajal, uno de los médicos que más enaltecen a su patria, ha sido distinguido, una vez más por una Sociedad científica extranjera, con el título de socio de honor, como premio a sus múltiples trabajos de investigación. Repitiendo lo hecho por la R. Accademia delle Scienze dell' Instituto di Bologna, de la que es miembro de honor desde 1907, la Societé Impériale des Amis d'Histoire Naturelle d'Anthropologie et d'Ethnographie de Moscou, en sesión del 23 de Octubre de 1913, lo ha incluido en la lista de sus miembros de honor.

Felicitemos cordialmente al gran histólogo, al eminente clínico y experto cirujano, al sabio *de casa* y honra de nuestra Facultad, y deseamos que nuevos lauros consagren su intenso labor científico, a la vez que solicitamos su perdón por si nuestras palabras hieren su reconocida modestia y sencillez.

El día 6 del actual subió a la gloria la encantadora niña de tres años Pilar Llopis, hija del distinguido farmacéutico don Adolfo.

Reciba nuestro buen amigo y compañero la expresión sincera de nuestro pesar por tan irreparable pérdida.

Victima de una rápida dolencia ha fallecido en esta ciudad el distinguido médico odontólogo D. Wladimiro Mundi, muy es-

timado por sus condiciones personales y por sus extensos conocimientos en la especialidad a la que consagró toda su vida.

Compartimos el justo dolor, sin lenitivo, que en estos momentos aqueja a la familia del finado, y muy especialmente a su hijo, nuestro querido compañero D. Luis, a quien transmitimos el testimonio de nuestro sincero pésame.

El Dr. Márquez ruega a todos los autores de trabajos oftalmológicos españoles sin distinción, que le envíen antes del 31 del presente mes de Enero un resumen breve de cada uno de los trabajos durante el año de 1913, con el fin de reunirlos todos y remitirlos al profesor Hethey, de Berlín, con destino a una publicación en la que se recogen anualmente todos los progresos hechos en el mundo en el dominio de la Oftalmología. El Dr. Márquez, deseoso de que no deje de figurar ningún trabajo español, en bien del prestigio cada vez mayor de la Oftalmología española, suplica a sus compañeros no dejen de remitirle dichos extractos antes de la indicada fecha, o al menos la indicación del periódico o folleto en que hayan sido publicados, con el fin de poder enviar lo más esencial de los mismos al profesor Hethey, que se ha dirigido, honrándole con la citada misión, a dicho Dr. Márquez.

Este ruega asimismo a todos sus colegas que tengan intención de asistir al XII Congeaso internacional de Oftalmología, que se verificará en San Petersburgo del 10 al 15 de Agosto próximo, le remitan a su domicilio, Puerta del Sol, 13, Madrid, para a su vez él hacerlo al Comité Central ruso, la cuota de congresista, que importa nueve rublos cincuenta kopecks (unos veinticinco francos), acompañada del nombre y apellidos, señas y títulos, con el fin de que pueda remitírseles con tiempo la tarjeta de congresista que da derecho a las rebajas en los ferrocarriles.

Dice *El Siglo Médico*:

«Ha sido nombrado rector de la Universidad de Zaragoza el reputado catedrático de aquella Facultad de Medicina, D. Ri-

cardo Royo Villanova. Este nombramiento es un acto de justicia que no pueden menos de aplaudir todos cuantos conocen los excepcionales méritos del doctor Royo.

Reciba tan ilustre comprofesor nuestra cordial enhorabuena, que hacemos extensiva al claustro de la Universidad zaragozana y a los estudiantes.»

Estamos muy conformes con el colega.

Se ha constituido en Melilla una Sociedad científica de Sanidad Militar, cuya sesión preparatoria se celebró en el Casino Militar de dicha plaza, en medio del mayor entusiasmo, asistiendo al acto nutridísima representación de médicos, farmacéuticos y veterinarios militares.

Aprobóse en la citada reunión el proyecto de estatutos, quedando elegida la Junta directiva con los individuos que a continuación se expresan:

Presidente, subinspector médico de segunda clase D. Federico Parreño; presidente honorario, el jefe de Sanidad de la Plaza; vicepresidente, médico mayor don José del Buey; secretario, médico primero D. Antonio Montalvo; vicesecretario, médico segundo D. Tirso Rodríguez; tesoro, médico primero D. Babil Coiduras, y vicetesorero, médico segundo D. Saturnino Giner.

Los trabajos serán agrupados en cinco secciones (Medicina, Cirugía, Higiene, Farmacia y Veterinaria).

La iniciativa de tan valioso medio de propaganda científica fué debida al médico mayor D. Antonio Redondo, que declinó modestamente todo cargo en la naciente Sociedad, inspirándose en razones de extremada delicadeza.

Hasido nombrado farmacéutico del Hospital clínico de la Facultad de Medicina de Madrid, D. Lucas Torres y Canals, profesor auxiliar interino de la Facultad de Farmacia.

Le felicitamos cordialmente.

En las últimas elecciones italianas han resultado elegidos diputados treinta y un médicos, entre ellos Baccelli (Roma), R.

Santoliquido (Roma), Bianchi (Nápoles) y Queirolo (Pisa).

En la Academia Médico-Quirúrgica Aragonesa ha dado una conferencia el doctor Lozano el día 23 del actual.

El tema fué «El tratamiento de los tumores blancos en Berk sur Mer (Francia) y en Leyssin (Suiza)».

Su conclusión más importante fué considerar el tratamiento de los artrócaces como cuestión social y resolverse por el conservador cuando el enfermo disfrute de la necesaria posición social, y por el cruento en los enfermos pobres.

Como era de esperar fué muy aplaudido el conferenciante.

VACANTES

La de Alcabón (Toledo), por renuncia; cuenta con 1.030 habitantes; la estación más próxima es Torrijos (línea de Madrid a Plasencia) que dista seis kilómetros. Tiene de titular 850 pesetas pagadas por meses vencidos, y las igualas producen 2.200 pesetas pagadas por trimestres vencidos. Dirigir las solicitudes al alcalde D. Julián López.

—La de Fresno de Caracena (Soria). Se halla vacante para su provisión la plaza de médico titular de esta villa como matriz y los pueblos anejos Carrascosa de Abajo, Villanueva de Gormaz y Navapalos, distante de ésta los dos primeros tres kilómetros y el último cinco, de buen camino y próximo a la estación de Osma, en el ferrocarril de Valladolid a Ariza, con el sueldo anual de 100 pesetas, pagadas por trimestres vencidos de los respectivos presupuestos municipales. Asimismo se halla también vacante la asistencia de las familias acomodadas de dicho partido, por las que percibirá el profesor 380 fanegas de las especies trigo y centeno, mitad de cada clase, cobradas en la recolección. Los aspirantes a dichas plazas dirigirán sus instancias a esta Alcaldía.—Fresno de Caracena a 3 de Enero de 1914.—El alcalde, *Juan Laguna*,

—La de Ezcaberte (León), por estar provista interinamente, con la dotación de 500 pesetas anuales por trimestres vencidos. Solicitudes por treinta días.—El alcalde, *Juan Sarasibar*.

Indicaciones.—Ayuntamiento de 1.165 habitantes, compuesto de ocho pueblos. Osicain, lugar residencia del Ayuntamiento

to, de 155 habitantes, a siete kilómetros de Pamplona, que es su partido judicial, y cuya estación es la más próxima.

—La de Leoz (Navarra) por traslado, con el sueldo de 300 pesetas por titular y 2.450 por las familias asociadas, anuales y pagadas por trimestres vencidos. La residencia del profesor será en Maquirriain como punto céntrico, teniendo el pueblo más distante a tres kilómetros de distancia. Para informes, si los desean, al señor médico saliente D. Julián Gorospe, en Baicaicoa. Solicitudes por treinta días.—El alcalde presidente, *Esteban Beorlegui*.

Indicaciones.—Ayuntamiento de 1.130 habitantes, formado por doce pueblos. Olleta, lugar residencia del Ayuntamiento, de 238 habitantes, a 18 kilómetros de Tafalla, que es su partido judicial, y 36 de la capital. La estación más próxima, Garinoain, a once kilómetros.

—*Riveira (Coruña)*.—Acordada la creación de una tercera plaza de médico titular, auxiliar de la Beneficencia sanitaria municipal en este distrito, dotada con el sueldo anual de 500 pesetas. Solicitudes por treinta días.—El alcalde, *A. del Río*.

Indicaciones.—Ciudad de 13.129 habitantes, compuesta de siete pueblos. Santa Eugenia, parroquia residencia del Ayuntamiento, de 3.911 habitantes, a 22 kilómetros de Noya, que es su partido judicial. La estación más próxima, Padrón. Es puerto de mar.

—La de Benafigos (Castellón), por estar provista interinamente; su dotación consiste en 413 pesetas, pagadas al vencimiento de cada año, del presupuesto municipal ordinario. Solicitudes por treinta días.—El alcalde, *Victorino Rovira*.

Indicaciones.—Villa con Ayuntamiento de 803 habitantes, a 23 kilómetros de Alcocér, que es su partido judicial, y 44 de la capital, cuya estación es la más próxima. Tiene cuatro agregados.

—La de Fuentestrún y sus anejos Trabajo, Valdeagua y Montenegro de Agreda, situado el que más a cuatro kilómetros (Soria), partido judicial de Agreda, por renuncia. Habitantes de los cuatro pueblos 907. Fuentestrún dista 11 kilómetros de Agreda y 30 de Tudela, la estación más próxima. Dotación anual 200 pesetas por la asistencia a las familias pobres, y 3.300 en concepto de igualas. Las solicitudes hasta el 28 de Enero al alcalde don Teodoro Córdoba.

—La de Galar (Navarra), partido judicial de Pamplona, por renuncia. Ayuntamiento de 1.865 habitantes, compuesto de diez pueblos. Satinas, cabeza de Ayuntamiento, dista 8 kilómetros de Pamplona y 5 de Noaín, la estación más próxima. Dotación anual 500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 2.500 en concepto

de iguales. Las solicitudes, acreditando dos años de práctica, hasta el 28 de Enero al alcalde D. Mariano Aranguren.

—La de Torás (Castellón), lugar con Ayuntamiento de 797 habitantes, a 8 kilómetros de Viver que es su partido judicial y 68 de la capital. La estación más próxima Begis, a tres kilómetros, tiene dos agregados. Dotada con 2.250 pesetas entre titular e iguales, a las que responde el Ayuntamiento, y con el fin de proveerla en propiedad se abre concurso por término de 30 días. (*Boletín Oficial* del 26 de Diciembre). El alcalde, D. Clotario Macián. Solicitudes hasta el 26 de Enero.

—La de Cirueña (Logroño), villa con Ayuntamiento de 405 habitantes, a seis kilómetros de Santo Domingo de la Calzada, que es partido judicial y dista 47 de la capital. La estación más próxima San Asensio, a 17 kilómetros. Los pueblos de Manzanares, Ciriñuela y Gallinero tienen 289, 95 y 91 habitantes, respectivamente. Compuesto el partido de los pueblos Cirueña y Manzanares con sus agregados Ciriñuela y Gallinero, distante el que más kilómetro y medio, con el sueldo de 750 pesetas anuales, pagadas por trimestres vencidos de los fondos municipales.

El agraciado percibirá en concepto de iguales 1.750 pesetas.

Solicitudes por el plazo reglamentario. (*Boletín Oficial* del 27 de Diciembre). El alcalde, D. Gregorio Díez. Solicitudes hasta el 27 de Enero.

—La de Alcabón (Toledo) por renuncia; cuenta con 1.030 habitantes; la estación más próxima es Torrijos (línea de Madrid

a Plasencia) que dista seis kilómetros. Tiene de titular 850 pesetas pagadas por trimestres vencidos y las iguales producen 2.200 pesetas, pagadas por trimestres vencidos. Dirigir las solicitudes al alcalde don Julián López.

—La de Grajal de Campos (León), villa con Ayuntamiento de 1.474 habitantes a cinco y medio kilómetros de Sahagún, que es su partido judicial, y 67 de la capital. Tiene estación de ferrocarril. Por defunción. Tendrá obligación de prestar asistencia facultativa a 100 familias pobres con la dotación de 1.000 pesetas, pagadas de los fondos municipales por trimestres vencidos.

Solicitudes debidamente documentadas por 30 días. (*Boletín Oficial* del 2 de Enero). El alcalde, Félix Díez. Solicitudes hasta el 2 de Febrero.

—La de Santa María de Berrocal y sus anejos San Bartolomé de Corneja y Valdemolinos (Ávila), partido judicial de Piedrahita, por renuncia. Habitantes de los tres pueblos 2.082. Santa María dista ocho kilómetros de Piedrahita, la estación más próxima. Dotación anual 1.199 pesetas por la asistencia a 117 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 27 de Enero al alcalde D. Luis Sánchez.

—La de Cala (Huelva), villa con Ayuntamiento de 2.381 habitantes, partido judicial de Aracena, dista de la capital 105 kilómetros y cuatro de la estación de Minas de Cala a San Juan Aznalfarache. Tiene ocho agregados. Dotada con 1.650 pesetas anuales. El alcalde, Cristino González. Solicitudes hasta el 27 de Enero.



PEDIATRÍA

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL EN LAS ENFER-

MEDADES INFECCIOSAS DE LA INFANCIA ==

Siempre tratamos de atribuir a los grandes órganos (hígado, riñones) todos los fenómenos que aparecen en el curso de una enfermedad infecciosa. ¿Decae el corazón? Es que el miocardio está enfermo. Algunas veces así es; pero son muchos los casos en que el examen más atento no descubre ninguna alteración. Si hay depresión o agitación, se culpa al cerebro; sin tener en cuenta que las glándulas de secreción interna representan un papel importante en estos casos y que entre ellas, las que ocupan sitio principal en la defensa del organismo, son las glándulas suprarrenales.

Los hechos experimentales han demostrado el poder antitóxico de neutralización o destrucción que tienen las cápsulas suprarrenales, no solo enfrente de los venenos normales del organismo, sí que también ante los venenos microbianos, o de otro orden, introducidos en la economía, y su acción importante sobre la tonicidad cardio-vascular. Si a esto añadimos la facilidad con que son alteradas por las toxinas microbianas, fácilmente se comprenderá el hipofuncionamiento suprarrenal que en el curso de una infección puede sobrevenir, pone al organismo en condiciones de menor resistencia.

La insuficiencia de la secreción suprarrenal depende a la vez de las lesiones del parénquima glandular (suprarrenalitis) y de un ataque del plexo solar; pues tan íntimamente unidos están desde el punto de vista funcional, que repercuten el uno sobre la otra.

Es frecuente en las enfermedades infecciosas de la infancia, particularmente en las llamadas formas malignas de escarlatina y difteria.

Hace unos diez años, el Dr. Sergent, de los Hospitales de París, llamó la atención sobre el papel de las lesiones suprarrenales en las enfermedades infecciosas; y demostró que la astenia, debilidad del pulso (presión sanguínea muy disminuída), la hipotermia, y la *línea blanca* traducían clínicamente esta insuficiencia que, los médicos debemos buscar con ahínco, para aplicar con rapidez el remedio.

Casos hay de escarlatina en los que, a la astenia, debilidad del pulso, línea blanca e hipotermia, se añaden trastornos gastro-intestinales limitados ordinariamente a vómitos y diarrea; pero que pueden tomar tal incremento y acompañarse de tales dolores de vientre, que inevitablemente llevan al ánimo la idea de un envenenamiento. A menudo se suman desórdenes nerviosos en los que, la excitación del comienzo, cede su sitio al coma, en los casos mortales. Estos accidentes, atribuídos en otro tiempo al colapso cardiaco, a la miocarditis, a la inhibición bulbar o a la neuritis del pneumogástrico, tienen una evolución invariable; unas veces acarrearán súbitamente la muerte, en tanto que otras lle-

van una marcha más lenta, o proceden por accesos que pueden terminarse por la curación. Dichos accidentes pueden observarse, no solamente en las grandes infecciones (tifoidea, viruela, escarlatina, gripe, pneumonía, etc.), sí que también en las infecciones más benignas: en una simple angina, por ejemplo.

Ahora bien: ¿cómo no sorprenderse de la semejanza de estos accidentes de colapso de las infecciones con algunos síntomas de la enfermedad de Addison? La misma astenia; la misma depresión de fuerzas; el mismo aniquilamiento de las reacciones nerviosas. En la enfermedad de Addison, como en la insuficiencia suprarrenal aguda, nos encontramos la debilidad de pulso, los trastornos gastro-intestinales, y los síntomas nerviosos. Si en la autopsia de los Addisonianos se encuentra la tuberculosis de las glándulas suprarrenales, en la autopsia de los niños muertos de colapso en las enfermedades infecciosas se encuentran lesiones de suprarrenalitis aguda, y particularmente hemorragias. De aquí se ha establecido que la astenia, trastornos cardio-vasculares, la hipotensión arterial y los desórdenes gastro-intestinales y nerviosos, estaban bajo la dependencia de cualquier lesión de parénquima suprarrenal.

En cuanto a la pigmentación, a los dolores lumbares y abdominales, son imputables a lesiones corticales de estas mismas cápsulas suprarrenales, que interesan las ramificaciones del plexo solar; todo lo que nos permite presentir el papel fisiológico de ellas, que tienen una acción tónica vascular y antitóxica, destruyendo los venenos que obran sobre los pigmentos de la piel y mucosas; y cuya supresión, por tanto, entraña la fatiga por acumulación en la sangre de sustancias tóxicas análogas a las que resultan del trabajo muscular. Son órganos de defensa contra las intoxicaciones y segregan una sustancia (la adrenalina) que eleva la tensión arterial, consecuencia de la constricción pasajera que determina.

La acción pigmentaria resulta de la destrucción, a nivel de las cápsulas, de glóbulos sanguíneos alterados; el addisoniano pigmentario acompañado más tarde de síntomas de insuficiencia suprarrenal, depende de las lesiones periféricas de las cápsulas.

La insuficiencia suprarrenal aguda es la consecuencia de la lesión de la parte central medular de las cápsulas; y es casi siempre esta lesión una hemorragia: mecánica, en los recién nacidos; inflamatoria o toxi-infecciosa, en las enfermedades agudas.

Si las dos cápsulas son *d' emblée* destruídas por el derrame sanguíneo, tendremos la muerte súbita; si la hemorragia es unilateral o parcial, puede curar, siendo los síntomas menos marcados y menos pavorosos.

La insuficiencia suprarrenal aguda constituye una temible complicación de la escarlatina. Para el diagnóstico es necesario hacer un estudio de conjunto de los principales síntomas.

La astenia llega a un grado extremo; el niño yace sin movimiento; hay postración, que resulta muy impresionante y que contrasta a veces con la conservación de la inteligencia; las extremidades están a menudo lívidas y frías; los ruidos del corazón son sordos, percibiéndose mal el choque de la punta; el pulso es rápido, filiforme, irregular y apenas perceptible; hay oliguria con albuminuria que, junto con la hipotensión y la taquicardia, hacen desviar el diagnóstico hacia la asistolia cardiaca con hipotensión.

El vómito es incesante, incoercible, en lugar de efímero, como el inicial de la pneumonía o de la escarlatina. Si a este síntoma se añaden los dolores de vientre, nos hace pensar en una apendicitis; pero la no localización en el punto de Mac-Burney y la flacidez del vientre, nos hará descartar tal diagnóstico.

La diarrea es frecuente; y unida a las deposiciones abundantes y fétidas y a la algidez periférica y calambres, nos da el cuadro del cólera o de los grandes envenenamientos.

Los trastornos nerviosos son variables: cefalea violenta, agitación, delirio, coma; pudiendo sucederse en el mismo enfermo.

El pequeño signo, la *línea suprarrenal* puede existir en algunos casos. Este signo se obtiene trazando una raya sobre el abdomen con un cuerpo obtuso; apareciendo una línea blanca (en lugar de la roja de la meningitis) que persiste durante algunos minutos.

Ya hemos dicho que la evolución de los síntomas es variable. Yo he tenido ocasión de observarlo en una niña de cuatro años en la que predominó el vómito, pero dándose también la astenia, debilidad de pulso (que se hizo imperceptible), agitación y algidez, todo lo cual cesó, en el transcurso de veinticuatro horas, con el tratamiento apropiado de diez gotas de solución al milésimo de adrenalina, que sólo se repitió otra vez. Hago también constar que el motivo fué un simple catarro; lo que prueba se pueden observar dichos accidentes en las enfermedades más benignas.

Según Moizard, la insuficiencia suprarrenal sería la causa más ordinaria de la muerte súbita en las infecciones, aunque generalmente el acceso aborta o se disipa bastante deprisa (como ocurrió en la observación citada) y la enfermedad sigue su curso normal; pudiendo suceder que, al cabo de algunos días, un nuevo acceso acarree la muerte; por esto, yo estimo conveniente sostener la medicación durante los tres o cuatro días siguientes a los del acceso, a mitad de dosis; y sistemáticamente, administrarla en todas las grandes infecciones de carácter maligno. Claro está que es indispensable un diagnóstico preciso; pues si se trata de una miocarditis aguda, la administración del extracto de glándula suprarrenal puede agravar los síntomas; pues la elevación de la presión arterial obtenida, crea un obstáculo periférico capaz de aumentar el trabajo de un corazón que desfallece, y rendirle. Así, pues, investigaremos todos los síntomas, sin olvidar ninguno. La comprobación simultánea de la astenia, de la hipotensión y de la línea blanca de Sergent, tiene gran valor y permite diagnosticar un síndrome de insuficiencia suprarrenal.

El tratamiento será, pues, opoterápico; y la mejor y más cómoda forma medicamentosa, es la solución de clorhidrato de adrenalina al 1 por 1000, en dosis de 5 a 10 gotas, dos a cuatro veces por día, según la edad de los niños y la gravedad de los casos. En la segunda infancia, se puede dar uno o dos miligramos en las 24 horas.

Si se quiere emplear la vía subcutánea, se asocia al suero artificial de este modo: 1 c. c. de la solución al 1 por 1000 con 50 a 100 gramos de la solución clorurado-sódica al 7 por 1000. También es buena preparación el extracto de glándula suprarrenal en pequeños cachets de 30 centigramos (como en las preparaciones de Carrión y Hallián) pudiéndose dar hasta tres por día.

Doroteo Gómez García.

Haro (Logroño).—Febrero, 1914.

REVISTA DE REVISTAS

Tratamiento del estreñimiento en los niños

En niños menores de un año, deben preferirse los medios mecánicos a los laxantes. El Dr. Lyon aconseja prescribir alternativamente supositorios de jabón de Marsella, de manteca de cacao y glicerizados (glicerina y agua, un gramo; gelatina, 75 centigramos; para un supositorio).

También se emplean con éxito los pequeños lavados de 5 a 10 c. c. de agua hervida, de glicerina, o de suero fisiológico, administrados con pera o jeringa, durante los seis primeros meses; después de esa edad, pueden administrarse 100 ó 150 c. c. con un irrigador graduado. Como laxantes, durante el primer año, el citrato sódico (3 gr. en 120 de agua destilada, para dar una cucharada de café en cada biberón); el jarabe de achicorias compuesto (una o dos cucharadas pequeñas); el aceite de almendras dulces (una cucharadita); el maná (12 gramos por año de edad), y el aceite de ricino (3 gr. por año). En la segunda infancia y además de los laxantes mencionados, conviene suprimir en la alimentación la carne y los huevos.

(*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*—Octubre, 1913.)

Parálisis consecutiva a la difteria

El Dr. Martín Arquellada, cita el caso de una niña de cuatro años, que recibió once inyecciones de suero, en tres días, a consecuencia de una difteria maligna; a partir del quinto o sexto día, empezó a notar ligera disfagia, quedando más tarde hemipléjica, en cuyo estado permaneció dos años, época en la que se presentó en la consulta de dicho señor. Aplicadas nuevas inyecciones de suero, y a pesar de presentarse accidentes anafilácticos, la enfermita camina rápidamente hacia la curación. Esto se explica, porque el suero ha neutralizado toxinas que indudablemente existían todavía.

(Sociedad de Pediatría Española).

El suero gonocócico en el tratamiento de la oftalmía gonocócica del recién-nacido

El doctor Colombo ha obtenido buenos resultados de la aplicación local del suero gonocócico en la conjuntivitis blenorragica del recién nacido.

El pus desapareció rápidamente, lo mismo que los demás fenómenos reaccionales: la enfermedad duró menos tiempo que en los casos tratados únicamente con los desinfectantes. Cree el autor que el suero debilita al gonococo, porque además de los signos clínicos mencionados, lo demuestran ciertas particularidades bacteriológicas: 1.º Aun cuando la enfermedad esté sensiblemente mejorada, se encuentra aún el gonococo en gran número, algunas veces más abundante que al empezar la infección. 2.º Los gonococos no están en gran parte fagocitados. 3.º En fin, el autor observó una recidiva después de cesar la instilación del suero, tratando sólo el ojo enfermo con el nitrato de plata. Esta recidiva se manifestó, dice el autor, por la recuperación de sus propiedades por el gonococo.

(*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, vol. L. p. 388).

El electrargol en las infecciones de la infancia.

M. Perrier ha observado 27 casos de broncopneumonía en niños, los cuales han sido curados con inyecciones de electrargol. Observa además el hecho interesante de no haber tenido ni un caso de intolerancia, así como ha comprobado igualmente que la curva de los pesos era favorablemente influenciada por el uso del electrargol.

En las enfermedades eruptivas graves también el electrargol se ha empleado con éxito. Roger cita un caso de curación de viruela hemorrágica grave. Iscovesco cita otro de escarlatina en el que había una complicación reumática con localización cardiaca. Y durante la epidemia de sarampión de Poitiers de 1911, los casos más graves respondieron favorablemente al electrargol.

D. Gómez García.

MEDICINA

REVISTA DE REVISTAS

Técnica de Fiessinger para las pequeñas inyecciones intravenosas

Fiessinger se declara partidario decidido de la vía intravenosa, por ser indolora y por ser más rápida la acción de los medicamentos introducidos por ella. Por eso aconseja el uso de las por él llamadas pequeñas inyecciones intravenosas, con cuya sencilla técnica desaparecen muchos obstáculos que antes se tenían. He aquí su manera de proceder, según su artículo publicado en el *Journal des Praticiens*.

Acostado el enfermo se le descubren los brazos, y en aquel en que las venas sean más visibles se coloca un tubo de goma por encima de la flexura del brazo, apretado de forma que se produzca el éxtasis sanguíneo, sin que el pulso radial desaparezca; conseguido lo cual se sujetan los extremos por medio de una pinza de presión constante. Se pincela la región con tintura de yodo, procediendo después a la inyección de la sustancia medicamentosa, que puede ser:

Electrargol, 10 a 20 c. c.

Collargol, al 1 por 100, 5 a 20 c. c. (solución reciente).

Cianuro de mercurio, 1 a 2 c. c. de la disolución siguiente:

Cianuro de mercurio, 0,01 centígramo.

Agua destilada, 2 c. c.

Para una ampolla cristalina.

Estrofantina, 2 c. c. de la solución siguiente:

Estrofantina, $\frac{1}{4}$ de milígramo.

Agua destilada, 2 c. c.

Para una ampolla cristalina.

Respecto a los diversos sueros, antidiftérico, antitetánico, etc., la dosis es de 20 c. c., inyectando con jeringa de cristal de capacidad apropiada y aguja de grosor medio, todo estéril, por uno de los dos procedimientos siguientes:

1.º *Con la aguja montada.*—La mano

izquierda del operador coge la parte media del antebrazo del enfermo y lo sujeta. El pulgar se coloca sobre la vena que se va a pinchar y por presión suave impide el deslizamiento de la piel cuando se introduce la aguja. En la mano derecha se tiene la jeringa provista de aguja, completamente exenta de aire; el dedo meñique aprieta lateralmente el émbolo para que no se deslice.

La punción se hace generalmente sobre una de las medianas cefálica o basilica, y la dirección de la aguja ha de ser la de la vena, mirando a la raíz del miembro, y el bisel hacia el operador.

Comprende dos tiempos: a) *punción de la piel*, que se hará por presión suave y muy oblicuamente a su superficie; b) *punción de la vena*: después del primer tiempo se dirige la punta todo lo que se pueda en la dirección de la vena, conociéndose que ha penetrado en ella por la disminución brusca de resistencia y las trazas de sangre en la jeringa.

Se mantiene fija en la misma posición, se suelta con la mano izquierda la pinza de forcipresión y se empuja con suavidad el émbolo. La inyección se hace sin resistencia, indolora y sin nada de edema. Una vez hecha se extrae bruscamente la aguja, y en la picadura se da tintura de yodo.

2.º *Con la aguja sin montar.*—Se hace también en dos tiempos: punción de la piel y punción de la vena. Cuando la sangre sale por el pabellón se quita la pinza, se adapta la jeringa, sin burbujas de aire, y expulsa el contenido.

El autor recomienda el primer proceder.

Los principales accidentes y dificultades son:

1.º *Inyección subcutánea.*—Un movimiento brusco del paciente puede dar lugar a la salida de la aguja y al vertido de la inyección en el tejido celular subcutáneo. Este incidente se acusa por la resistencia y la formación de bola de edema. Se hace preciso continuar la inyección en otra vena. Tiene el inconveniente del do-

lor, y cuando la inyección es de cianuro mercúrico o de 606, la formación de un ligero esfacelo, que se evita con un apósito húmedo e inamovilidad.

2.º *Inyección transvenosa.*—Si la aguja es muy fina puede atravesarse la vena de parte a parte. La sangre no sale, hay dolor y resistencia. No hay más que retirar un poco la aguja, hasta que la sangre salga, y se continúa la inyección.

3.º *Vena invisible.*—Sucede generalmente en las mujeres muy adiposas. O se elige otra región o se procede al descubrimiento quirúrgico de la vena.

4.º *Entrada de aire.*—Es accidente leve, puesto que, aun cuando haya aire dentro de la jeringa, queda en la parte superior, y si penetrase en la vena pasaría completamente desapercibido, pues la embolia no se da más que con las grandes entradas de aire.

5.º *Flebitis.*—Es rara en las pequeñas inyecciones, aunque éstas sean algo irritantes, si se hacen en condiciones asépticas.

6.º *Hematoma.*—En algunos casos puede darse la transfusión de la sangre al tejido celular laxo, constituyendo el hematoma, duro, doloroso, y que se reabsorbe sin complicación en pocos días.

7.º *Accidentes generales.*—El síncope se evita por la posición horizontal. Lo más frecuente es un escalofrío, con elevación a temperatura de 40º y aceleración de pulso. El enfermo debe estar acostado veinticuatro horas y a dieta, prevenido de la posibilidad de dicha reacción térmica.

Fiessinger termina su artículo diciendo: «Creo haber demostrado que la inyección intravenosa es fácil, indolora y práctica. Todo práctico debe actualmente habituarse a esta técnica de la Medicina moderna. Después de algunos ensayos será muy hábil y reconocerá la ventaja del método.»

A. M. Alcrudo.

La vacuna de la fiebre

== tifoidea ==

En la sesión celebrada por la Academia Médico-Quirúrgico-Aragonesa el día 6 del corriente, disertó el ilustrado

médico militar D. Melchor Camón acerca de *La vacuna de la fiebre tifoidea*, tema de gran interés, no sólo en Sanidad militar, sino también en la práctica profesional diaria, siquiera hasta hoy sea el ejército, y más el ejército en campaña, quien preferentemente se beneficia con tan excelente medio profiláctico.

La fiebre tifoidea es la enfermedad en que más sensibles han sido los efectos del progreso de la Medicina contemporánea. Gracias a ello, es de esperar que casi llegue a desaparecer, y desde luego a disminuir considerablemente la mortalidad por tan temible infección.

Define la fiebre tifoidea como infección, y pasando de ligero sobre la etiología, patogenia, etc., entra de lleno en el asunto.

Comienza por definir lo que en la actualidad se entiende por vacuna así como la técnica de preparación de las distintas vacunas que se emplean para lograr la inmunización contra la fiebre tifoidea, sintetizando en tres los procedimientos múltiples que en los distintos laboratorios se emplean:

- 1.º Vacunas de bacilos vivos atenuados, que considera peligrosas.
- 2.º Vacunas de bacilos muertos por el calor.
- 3.º Vacunas de bacilos muertos por una sustancia química que no altere las propiedades y composición química de las materias inmunizadoras.

Se muestra partidario de estas últimas porque dice son las menos alteradas.

Respecto a la procedencia del bacilo puede ser del mismo enfermo (auto-vacuna), muy eficaz pero poco práctica por el tiempo que lleva su preparación, o de cultivos de gérmenes procedentes de los laboratorios (heterovacuna); puede ser *monovalente* cuando es una sola especie microbiana la utilizada en la preparación de la vacuna o *polivalente* (stok-vacuna de los ingleses) cuando son varias las especies microbianas que entran en su composición. En el comercio se encuentran ya de todas estas clases de heterovacunas.

Una vacuna de bacilos vivos es la sensibilizada de Besredka.

Las de Wright, Pfeiffer y Kolle y Leishman son preparadas con bacilos muertos por el calor e igualmente la americana de Russell y la francesa de Chantemesse.

La de Vincent es de bacilos muertos

por un antiséptico volátil: el éter sulfúrico.

El conferenciante se muestra partidario de ésta por el método de preparación y por ser polivalente.

En España es ésta la que se obtiene en el Laboratorio Central para el uso del Ejército.

Dedica un recuerdo al sabio bacteriólogo español Jaime Ferrán, que en esta como en otras cuestiones se adelantó en muchos años a los extranjeros, y se lamenta que por abandono y falta de atención a las investigaciones de Ferrán ahora sea del extranjero de donde el problema venga resuelto.

En la vacuna española se emplean cinco razas de bacilos, una procedente de Melilla, otra de Casablanca, una del Sud de Francia y dos de España. Es, pues, polivalente y se ha atendido a las ventajas de que los gérmenes sean procedentes del lugar donde la profilaxis se desee obtener.

Describe minuciosamente la técnica de la preparación de la vacuna, los cultivos, la emulsión, la numeración y dilución de los caldos, y por último el modo de emplearla.

La vacuna conserva su actividad durante cuatro meses.

En la raza española, dice, ha resultado dosis demasiado fuerte la de 500 millones en la primera inyección y por eso se ha rebajado a la mitad. La primera inyección subcutánea y en la región infraescapular es de $\frac{1}{2}$ cc., la segunda de 1 y de 2º3 la tercera. Por lo general solamente se practican dos inyecciones.

Eligiendo los casos, desechando los que hayan padecido fiebre tifoidea, los tuberculosos y los de infecciones amigdalinas, las reacciones consecutivas a la vacunación son nulas y no pasan de algunas décimas de elevación térmica. En un principio, con el uso de las vacunas extranjeras, se observaron algunas muy violentas, hasta de 41º, pero en la actualidad con el uso de la preparada en España no se presentan ya.

En cuanto a los resultados de la vacunación son excelentes. En el Ejército en operaciones, donde es obligatoria, no se ha presentado ningún caso de fiebre tifoidea entre los vacunados.

Ante los éxitos obtenidos se está preparando en gran escala para vacunar al mayor número posible de soldados.

La vacuna se encuentra eficaz también como curativa, mejorando notablemente todo el proceso, haciendo más benigna y más breve la enfermedad. Sus resultados son tanto mejores cuanto más precozmente se inyecta.

En un principio hubo alguna prevención para el empleo de las vacunas de la fiebre tifoidea como medio terapéutico por las hemorragias intestinales que originaron las primeras aplicaciones, accidentes debidos, indudablemente, a dosis demasiado fuertes y a preparaciones deficientes de las vacunas empleadas. Hoy, perfeccionada la preparación y la posología, ya no se observan tales complicaciones y se pueden emplear sin temor alguno.

En ciertos casos se ha visto que los enfermos curaban en diecinueve días y aun menos.

**

El Dr. Royo Villanova intervino al terminar el Sr. Camón y dijo que el asunto, como actualidad clínica la más interesante, había constituido el tema de su lección inaugural, del presente curso, en la Facultad de Medicina.

Aunque son pocos los casos de vacunación y bacterioterapia de la fiebre tifoidea que él personalmente había tenido ocasión de aplicar, diecisiete, consideraba como una gran adquisición profiláctica y terapéutica esta vacuna.

El Dr. Royo ha empleado en todos los casos la de Wright por ser de garantizada titulación. Entre sus vacunados no se han dado casos de tifoidea y los enfermos tratados por la vacuna se han curado.

Se muestra partidario de utilizarla hasta en los casos dudosos, aun cuando el diagnóstico no esté confirmado, pues siempre será preferible inyectar la vacuna a un enfermo aunque luego resulte que no es tifoideo a retardar la inyección en un eberthiano verdadero.

Termina aconsejando el empleo de la vacuna de Wright por considerarla la mejor, la inyección precoz en los enfermos sospechosos y la vacunación de todas cuantas personas rodeen al enfermo.

Academia Médico-Quirúrgico-Aragonesa.—Sesión del 6 de Febrero de 1914.

□ □ □

Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por el iodo a altas dosis. = = =

El doctor Louis Boudreau ha dado a conocer un método sencillo de tratamiento de la tuberculosis fundado en estos dos principios: 1.º El iodo es, en el estado actual de nuestros conocimientos, el procedimiento directo, específico y heroico de la tuberculosis. 2.º El iodo debe administrarse a los tuberculosos a dosis prudentes al principio, pero progresivamente crecientes después hasta llegar al límite de la tolerancia.

Según los consejos del autor no deberá suspenderse el tratamiento hasta que la intolerancia sea confirmada plenamente y se tendrá ocasión de observar la gran tolerancia del organismo para este meta-loide.

En diez años de experimentación y de aplicación de una terapéutica iodada intensa han sido rarísimos los casos en que se ha presentado la intolerancia. El iodismo es muy poco frecuente comparado con lo que debería llamarse *iodurismo*, debido a la administración intempestiva de los ioduros, especialmente del potásico.

La preparación elegida es la *tintura de iodo*. El autor comienza por 20 gotas al día para elevar pronto la dosis hasta 30, 40 y 100, habiendo llegado en algunos enfermos a 350, y durante meses y meses sin inconveniente alguno.

Estas dosis, aparentemente enormes, deben ser fraccionadas y diluidas lo más posible mediante toda clase de bebidas.

La dosis de tintura de iodo varía con cada individuo, y deberá tenerse muy pre-

sente las condiciones idiosincrásicas para lograr la mayor tolerancia.

Como casos elocuentes de las virtudes de esta terapéutica, cita los siguientes:

Un artesano, con bacilosis avanzada, ya en estado caquético, se ha curado en dos años de tratamiento a la dosis de 100 gotas diarias de tintura de iodo.

Otro joven, en tercer período, ha tomado de 180 a 200 gotas diarias, y goza actualmente de perfecta salud.

Un labrador logra curarse de una doble tuberculosis pulmonar y laríngea, después de seis meses de administración de 350 gotas diarias. En una semana consumía 40 gramos de tintura de iodo.

Respecto a la dosis para los niños se puede ir también sin temor. Toleran muy bien 60 gotas a los siete años, y es admirable ver cómo sus pequeños organismos reaccionan y cambian rápidamente de aspecto.

El autor reclama para sí la prioridad en la aplicación de este nuevo tratamiento, ya que las experiencias realizadas por José Levi, de Milán, en 1905, no fueron más que modificaciones de las que él viene practicando desde 1903. Actualmente está estudiando la aplicación de su método iodado intensivo en otras localizaciones de la tuberculosis, habiendo obtenido ya satisfactorios resultados en la ganglionar.

Por nuestra parte prometemos ensayar tan sencillo procedimiento y dar cuenta a nuestros lectores de los resultados que obtengamos.

(*Journal de Médecine*, de Bordeaux, 4 Enero 1914).

M. J. Alcrudo.



OBSTETRICIA

LA REACCIÓN DE EMIL ABDERHALDEN

Abderhalden, partiendo de la idea de que el organismo tiende a simplificar químicamente todo producto que se introduce en el mismo por medio de fermentos específicos, comenzó a investigar la acción del suero de las embarazadas y eclámpicas con respecto a la albúmina placentaria. Freund, Pincunsohn y Weit, fueron sus colaboradores.

En la mujer embarazada existe una disgregación de las células epiteliales del corión que penetran en la sangre, según comprobó Schmorl en 1893, y estas células son las que despiertan la producción de los correspondientes fermentos a cuya investigación se lanzaron Abderhalden, Bram y demás colaboradores, sin obtener en un principio resultado afirmativo.

Hasta el año 1912 no consiguieron, a pesar de los interesantes estudios suerológicos de la sangre de las embarazadas, encontrar la técnica del suero-dialítico del embarazo. En dicho año Abderhalden publica sus satisfactorios resultados y da la solución de tan intrincado problema, que hoy puede considerarse definitivamente resuelto, por el método *óptico* y más aún por el de la *dialisis*, ambos fundados en la digestión que sufre la albúmina placentaria en contacto con el suero de mujer embarazada.

El método óptico consiste en reconocer la existencia en el suero de fermentos desdobladores de la albúmina y peptona placentaria por la desviación de la luz que determina la mezcla de ambos elementos en el polarímetro. Si la desviación, al cabo de dieciséis horas de contacto a una temperatura de 37°, llega a ser mayor de *tres centésimas de grado*, Abderhalden la considera positiva.

El suero de mujer no embarazada, mezclado con la albúmina placentaria y en igualdad de condiciones de temperatura, no produce desviación alguna.

El método óptico se considera como muy seguro y menos expuesto a causas de error que el método de la dialisis. Este, sin embargo, lo creemos más práctico y de más fácil generalización.

Consiste en separar por dialisis los productos de desdoblamiento de la albúmina placentaria que se producen al actuar sobre ella los fermentos del suero de la sangre de la mujer embarazada y en reconocer dichos productos por la reacción de la ninhidrina.

En el comercio se encuentra tejido placentario preparado a este fin y el hidrato de triketarhinindreno o ninhidrina.

La técnica para la reacción es la siguiente:

Se coloca un gramo de tejido placentario (1) en un pequeño dializador, este-

(1) Aun cuando el medio más expeditivo es usar el tejido placentario que se expende en el comercio, mencionaremos su método de obtención. Se toma una placenta o un trozo de ella, se la fragmenta en pedazos pequeños de uno a dos gramos y se la coloca bajo el chorro de una fuente, haciendo circular el agua durante dos horas para separar la totalidad de la sangre. El tejido debe quedar completamente blanco; si esto no se consigue con el lavado, se deja unas horas en maceración con agua oxigenada diluida al 3 por 100. Una vez que los trozos, ni aun al dividirlos, tengan trazas de color sonrosado, se hierven sobre un lienzo y en agua común durante cinco minutos; se quita el agua y se vuelven a hervir otros cinco minutos en agua nueva. Después de esta segunda cocción se ensaya el líquido con la ninhidrina y si da reacción positiva se tira aquella agua y se vuelve a hervir otros cinco minutos, hasta que la reacción sea negativa. Se conservan los trozos en un frasco con agua de la última ebullición, a la que se agrega cloroformo y toluol.

rilizado y comprobado, y se añaden de *uno y medio a dos* cc. del suero *incoloro y transparente*, desprovisto en absoluto de hemoglobina, y se agregan un par de gotas de toluol (el toluol no tiene otro objeto que impedir la germinación de microorganismos). Se coloca el dializador convenientemente sumergido en un pequeño recipiente que contenga unos 20 cm.³ de agua destilada también con toluol.

En esta disposición se lleva a la estufa, donde permanecerá de doce a dieciséis horas, pasadas las que se toman cinco o diez centímetros del líquido dializado y sobre él se vierten 0'2 cm.³ de solución acuosa de ninhidrina al 1 por 100; se calienta la mezcla y se la mantiene hirviendo durante un minuto. Si el líquido toma una coloración azul, más intensa todavía a la media hora, la reacción es positiva; si permanece incoloro o toma un tinte amarillento, la reacción es negativa.

Deben efectuarse siempre reacciones de contraprueba.

Uno de los detalles que más debe tenerse en cuenta es la limpidez del suero que no contenga ni glóbulos rojos ni trazas de hemoglobina; para ello la recogida de la sangre debe efectuarse del modo siguiente:

En una de las venas de la flexura del codo, dispuesta como para practicar una inyección intravenosa, se penetra con una aguja de jeringuilla y se recoge directamente la sangre, como unos 10 cc., en un tubo de ensayo, dejándola deslizarse por la pared del tubo que se mantendrá inclinado. Una vez obtenida la cantidad suficiente, y procurando que no sufra sacudidas, se deja en reposo durante seis horas e inclinado. Una vez separado el suero se toma la cantidad necesaria con una pipeta graduada.

Rechácese todo suero con indicios de hemolisis, porque dará reacción positiva aunque no pertenezca a mujer embarazada.

La extracción de la sangre debe efectuarse en el laboratorio donde se haya de efectuar la reacción, pero, si esto no es posible, se recogerá el suero una vez obtenido fuera del laboratorio, pero no la sangre, que en el transporte y por las inevitables sacudidas haría imposible la extracción del suero desprovisto de hemoglobina y por tanto utilizable.

Por los estudios de Steissing, sobre la naturaleza del fermento que actúa en la producción del desdoblamiento de la albúmina placentaria, se sabe que tal fermento consta de dos partes, una el amboceptor *específico*, que es termo-estable o termo-resistente, y otra el complemento no específico, que es termolábil, se destruye a 58° y es capaz de ser sustituido por otro procedente de suero humano, cavia y, en general, por cualquier suero hemático con reacción negativa.

Comprobada esta composición por múltiples ensayos, se puede devolver la actividad a un suero viejo o alterado que, por cualquier causa, perdió el complemento y con el que sería imposible obtener reacción positiva aunque proceda de una mujer embarazada, añadiéndole suero humano fresco y comprobando como de reacción negativa.

La reacción se presenta desde las primeras semanas del embarazo aun siendo extrauterino, y persiste hasta 14 días después del parto o aborto.

La bibliografía acerca de la reacción de Emil Abderhalden es muy copiosa y de día en día se enriquece con nuevas publicaciones. Entre lo publicado en España merece especial mención el artículo que los doctores P. Colvée y T. Pésset, publican en el número de Enero de nuestro estimado colega valenciano *Policlínica*, y en el que reseñan investigaciones personales muy detalladas y precisas.

M. J. ALCRUDO.

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

LEUCOCITOOZON SÍFILIS

El que como yo conozca al Dr. Jaime Peyri, no le extrañará que venga a producir con sus constantes estudios verdaderas revelaciones, como lo que últimamente ha dado a conocer.

El pasado curso, al emprender mi viaje al extranjero, me detuve en Barcelona con objeto de escuchar a este profesor en sus clases de Dermatología del Hospital clínico, y a observar la terapéutica empleada en la multitud de enfermos que cotidianamente acuden a su consulta, quedando verdaderamente admirado al ver que lo que después había de ver en París como novedades, el Dr. Peyri estaba empleando como cosa de todos conocida.

Ampliando el descubrimiento de Mac Donagh en Noviembre de 1912, ha publicado el Dr. Peyri una *Nota previa*, como él llama al opúsculo que sobre el leucocitoozoon ha escrito.

Mac Donagh afirmó que el productor de la sífilis es un leucocitoozario, clase esporozoarios, subclase telosporideos, orden coccideos llamado leucocitoozoon sífilis.

Magistralmente estudia el Dr. Peyri el ciclo evolutivo. El esporozoito sífilítico o gránulo infectivo va en busca del leucocito o glóbulo blanco, especialmente de los mononucleares o grandes leucocitos. En este leucocito va desarrollándose y sufriendo las transformaciones de merozoitos, micro y macrogametas, zigotes, esporoblastos, etc., sufriendo la evolución de los ciclos sexuales y asexuales dentro del organismo humano, admitiendo hoy únicamente como cierto el esquizogónico, pues si bien se encuentran los elementos de ambas fases y creen muchos que se efectúan los dos ciclos dentro del cuerpo humano, queda por dilucidar la unión de ambos ciclos.

Uno de estos elementos evolutivos es el esporozoito sífilítico, que no se divide, sino que se agranda, viniendo a ser el merozoito sexual macho; los demás se dividen dando la mitad macho y la otra mitad hembra.

El merozoito indiviso macho convierte el protoplasma en filamentos ondulados y cortos, saliendo al exterior formando forma de *tirabuzón*, siendo el *espiroqueta* o *treponema-pálida* que se consideraba como productor de la sífilis, y que no es más que el gameta macho del leucocitoozoon sífilis.

El Dr. Peyri ha visto gametas fecundados que son la transición de la gameta hembra y la formación de zigotes y ampliando el descubrimiento de Mac Donagh.

Ha infectado conejos con frotis de ganglios sífilíticos y ha observado la forma esporulada en estos animales.

Afirma que para el diagnóstico de la sífilis es más seguro proceder buscando los esporozoitos y esporoquistes que buscar el espiroquete.

Cree que es importantísimo este punto y más al ver que después del tratamiento con el salvarsan desaparecen los espiroquetas, y en cambio aumentan los esporozoitos y esporoquistes, viniendo a demostrar que el espiroquete no es el único causante de la sífilis, siendo debida esta infección a los esporos que se encuentran en los ganglios, y el espiroquete no es más que un período de actividad sexual del protozario sin influencia.

Sobre las lesiones específicas, las conclusiones del Dr. Peyri, dicen así:

1.^a Que hemos hallado casi todas las formas que describe Mac Donagh de un leucocitoozario como a parásito de la sífilis, cuya evolución asexual y sexual se cumplirán ambas dentro del organismo del sífilítico, produciéndose una gameta ma-

cho cuyo final es el filamento treponémico o espiroquete. No obstante, nosotros exponemos lo hallado en evolución no cíclica y sólo aseguramos la esquizogonia.

2.^a Que desde ahora constituye el hallazgo un proceder diagnóstico más sencillo y más constante que la busca del espiroquete.

3.^a Que sirve para interpretar las reacciones serológicas de la sífilis mejor y más racionalmente que hasta ahora.

4.^a Que nosotros hemos hallado variaciones en ciertas formas sobre las ya descritas.

5.^a Que lo hemos hallado en la sífilis experimental, con lo cual acaba de quedar demostrado que se trata de agente patógeno de la sífilis.

Al opúsculo del Dr. Peyri acompañan dibujos originales que acrecientan el gran valor científico que ya por su texto tiene tan interesante escrito.

REVISTA DE REVISTAS

Lupus eritematoso

El Dr. Criado, en sesión de 5 de Diciembre de 1913, de la Sociedad Dermatológica Española, presenta un enfermo de lupus eritematoso que tratado con inyecciones de cianuro de oro y potasio había tomado un aspecto altamente satisfactorio.

Eritema nudoso

M. Landouzy refiere un caso de eritema nudoso en el cual, sospechando por ser la enferma tuberculosa pulmonar, analizó y encontró en un vaso alterado de un nódulo eritematoso el bacilo de Koch.

Tratamiento de las úlceras con el azúcar

En *Le Medecin Practique* indica el señor Alexandre Cocherel que la cura de las úlceras por el azúcar tiene superioridad sobre las curas antisépticas o

asépticas. Emplea la cura húmeda por medio de solución de glucosa isotónica 48 X 100 y esterilizada para limpiar y luego empapa con ella las mismas curas.

También preconiza la cura seca, la cual lleva a cabo con los polvos de glucosa.

Erisipela de la cara

M. Zilmaut presenta dos casos curados con rapidez con el tratamiento de los lipoides hepáticos.

El cuarto periodo de la sífilis

El doctor Iñigo, en la sesión celebrada el día 21 del corriente por la Academia Médico-Quirúrgico-Aragonesa, dió acerca de tan importante cuestión una brillante conferencia.

Premuras de tiempo y espacio nos impiden dar, como fuera nuestro deseo, una amplia información de lo mucho bueno que oímos al distinguido conferenciante.

En el número próximo nos ocuparemos de ello.

Dr. Lorenzo Lambán.



ELECTRICIDAD MÉDICA

No he de ocuparme en el presente trabajo de los aparatos destinados a la producción de las corrientes de alta frecuencia. El médico especialista tiene medios de ilustrarse, en este asunto, con datos más interesantes de los que pudiéramos suministrarle. Estas líneas van dirigidas únicamente al médico general, al que sus múltiples ocupaciones impiden consultar obras extensas y recoger ideas que le sirvan de guía al indicar a sus enfermos un tratamiento eléctrico.

Las corrientes de alta frecuencia se prestan a variados efectos terapéuticos, dadas las diversas manifestaciones físicas a que dan lugar. Y los efectos, tanto fisiológicos como terapéuticos, varían según el dispositivo que utilizamos para su aplicación.

No nos hemos de ocupar de las diversas formas de aplicación de las corrientes de alta frecuencia, dado lo reducido de este trabajo, y sí únicamente de las aplicaciones locales. Estas pueden hacerse, bien con ayuda de la Bovina bipolar d' Arsonval, bien con el resonador de Oudín, que es lo más corriente. Con el empleo de electrodos apropiados, podrá hacerse la aplicación bajo dos formas: efluvios y chispas.

Para hacer la aplicación de la alta frecuencia bajo la forma de efluvios, se necesita hacer uso de un electrodo en escobilla, compuesta de finos hilos metálicos, y sostenida por un mango aislador de ebonita; esta escobilla va unida, mediante un cable, a la extremidad libre del resonador.

Cuando se aproxima a la piel la escobilla, se oye un ruido especial debido a las descargas eléctricas continuadas, las cuales se acompañan de un fulgor violáceo y un olor característico a ozono. Este efluvio se hace más intenso y nutrido uniéndose al enfermo a la extremidad inferior del solenoide inductor.

Si la distancia de la escobilla a la piel se disminuye, aumenta la densidad del efluvio, y se ven saltar chispas de algunos puntos, que pueden ser más o menos dolorosas según la distancia que separa al electrodo o escobilla de la piel del enfermo.

Este es un procedimiento excelente de localizar los efectos de la alta frecuencia; pero hay que tener muy en cuenta que esta acción no es exclusivamente local, sino que todo el organismo se carga de electricidad, como puede apreciarse por la chispa que salta cuando aproximamos el dedo a una parte cualquiera del enfermo sometido al efluvio.

Otra de las formas de aplicación local de alta frecuencia, es la llamada chispa de condensación.

Teniendo en cuenta que el efluvio de alta frecuencia atraviesa fácilmente los dieléctricos, Oudín ha hecho construir un electrodo basado en esta propiedad. Dicho electrodo está constituido por una varilla metálica encerrada en un manguito de vidrio, todo ello unido a un mango aislador. La varilla se pone en comunicación mediante un cable, con la extremidad libre del resonador, en la misma forma que la escobilla del efluvio. Aplicando este electrodo o excitador sobre la piel, se obser-

va una lluvia de pequeñas chispas que brotan de la varilla metálica; chispas que, después de atravesar el vidrio, van a chocar contra el tegumento del enfermo. Estas chispas son suaves, poco o nada dolorosas y muy bien soportadas por el enfermo, aplíquese en piel o en mucosas.

Stepanoff, en una comunicación dirigida a la «Sociedad Rusa de Dermatología», insiste sobre los efectos y caracteres de estas descargas en las enfermedades cutáneas. Según estos caracteres las divide en tres categorías:

1.^a Si a las bolas del detonador se les da una distancia próxima al arco, las chispas que se obtienen son dulces y calientes.

2.^a Si las bolas se separan al máximun, las chispas son picantes y frías.

3.^a Da lugar a un carácter intermedio, cuando la descarga es picante y no muy caliente.

Según en la forma que la aplicación se haga, los efectos pueden ser completamente distintos. Así, por ejemplo, si queremos tratar eléctricamente el lupus vulgar, obtendremos su curación utilizando la chispa picante y no muy caliente; retardará esa curación el empleo de la chispa picante y fría, y agravará el lupus el uso de la chispa caliente y dulce. De aquí los fracasos en muchos tratamientos.

La acción de esta forma de tratamiento sobre el organismo puede ser sedante, antiespasmódica, revulsiva, descongestionante, destructora y de reparación o cicatrizante.

Acción sedante.—Los fenómenos dolorosos de ciertas neuralgias o las hiperestésias, son susceptibles de ser modificados por la efluviación de moderada intensidad, como puede también modificarse el elemento nervioso de ciertas dermatosis. Así se ve que, muchos pruritos *sine materia* son influenciados favorablemente por una dulce efluviación, desapareciendo en general con los pruritos la lesión secundaria. Análogos resultados se obtiene en el prurito sintomático.

Darier cita los sorprendentes resultados obtenidos en el liquen plano y las urticarias rebeldes a otros tratamientos. Estos resultados son debidos indudablemente a la acción del efluvio sobre el prurito pues al cesar el picor, queda suprimida la necesidad que el enfermo siente de rascarse y se impide que la afección se sostenga. Por otra parte y al desaparecer el prurito, desaparece también el eritema, obteniendo así con el efluvio otra nueva acción descongestionante.

Acción antiespasmódica.—Doumer ha descubierto en la alta frecuencia el tratamiento de la fisura de ano. Es tan interesante este tratamiento y de efectos tan inmediatos, que debe ser el tratamiento de elección, siquiera sea por ser el menos molesto para los enfermos. Con él se suprime de una parte la operación; de otra, la necesidad de la anestesia clorofórmica; y, lo que es más interesante, el dolor, en el que se obtiene un alivio manifiesto, en la mayoría de los casos, después de la primera sesión. La curación se obtiene, generalmente, al cabo de unas seis a ocho sesiones, próximamente.

La técnica es por demás sencilla. Se coloca al enfermo en posición genu-pectoral; el electrodo condensador se une al extremo del resonador; se embadurna con vaselina dicho electrodo; se pone en marcha el aparato, con objeto de graduarlo; y una vez hecho esto se interrumpe la corriente. Se toma el electrodo y se introduce en el ano con una presión suave, dando paso a la corriente. Si no fuera posible la introducción en el ano, por la contractura del esfínter, se mantiene el

electrodo apoyado en las márgenes del ano y se da paso a la corriente; al poco tiempo, la contractura desaparece y se hace la introducción con facilidad y sin molestia para el enfermo. Las sesiones deberán ser semanales y de tres a diez minutos de duración.

Acción revulsiva.—Haciendo actuar la chispa de condensación, en aplicación diaria, se obtienen efectos revulsivos, indoloros, bastante prolongados, y que pueden ser renovados con frecuencia sin detrimento para el tegumento del paciente. De aquí sus indicaciones en contracturas reflejas y dolorosas, lumbago, tortícolis, dolores articulares y musculares, etc., etc.

Nos parece mejor, en vez de hacer uso de la chispa del electrodo condensador, utilizar la procedente de la escobilla de efluviación; pues si bien esta última es más dolorosa, la revulsión es más enérgica y los resultados más inmediatos. Los siguientes casos lo demuestran.

M. C.—A consecuencia de una caída de caballo, da con la espalda en el suelo y sufre una contusión en el lado izquierdo de la región lumbar, a nivel del músculo cuadrado de los lomos. Me avisó para asistirle y me comunicó la suposición de una fractura de costilla, cuya no existencia pude comprobar desde el primer momento. El dolor que le aquejaba era intenso y supuse que padecía una fuerte distensión muscular con rotura de algunas fibrillas. Aunque con bastante molestia, vino el enfermo a mi consulta, siendo sometido desde el primer momento a la acción del efluvio y chispas de alta frecuencia, con la escobilla, durante cinco minutos. Repetida por la tarde la sesión, en igual forma y durante el mismo tiempo, pudo el enfermo ver desaparecidos sus dolores, hasta el extremo de salir aquella misma noche para Madrid, donde le reclamaban asuntos profesionales. El accidente, ocurrido en el mes de Octubre próximo pasado, no ha tenido hasta la fecha consecuencia alguna.

T. D.—Se presenta en mi consulta con un intenso dolor en la parte externa del muslo derecho, que le impide casi en absoluto la locomoción. Sometido al mismo tratamiento, desaparece el dolor a los dos minutos de aplicación de alta frecuencia, puede andar perfectamente a los cinco minutos, y se marcha contentísimo a su casa. No ha vuelto a reproducirse.

E. L.—Reumático antiguo, que ha sufrido además contusiones en distintas partes. En vista del resultado obtenido en el primer caso (el cual presencié), viene de Madrid a consultarme sobre su enfermedad deseando ser sometido a la acción de la alta frecuencia. Empezado a tratar el 20 de Enero pasado, con sesiones diarias de cinco minutos de duración, y aplicación en distinta región cada vez, se curó por completo al cabo de doce días.

N. N.—Estando en un baile, sufre un traumatismo en la articulación de la rodilla. Se presenta en mi casa a las tres de la mañana del día 31 de Enero. En la primera sesión notó ya gran alivio. En la actualidad continúa en tratamiento, esperando cure por completo en muy pocas sesiones.

La chispa de condensación puede utilizarse también en el tratamiento de las alopecias, y en particular de la pelada, irritando el cuero cabelludo por medio de las chispas. Estas producen una congestión pasajera, en el punto de aplicación, la cual persiste de seis a ocho horas, durante cuyo tiempo se activa la circulación del folículo piloso. Vasilides atribuye estos resultados a la gran cantidad de ozono producido por las

chispas, a la hiperemía, que tiene lugar por su acción irritante, y a la gran vitalidad que a los tejidos imprimen esta clase de corrientes. Las sesiones se practican semanalmente y deben durar de tres a cinco minutos.

Acción descongestionante.—Ya hemos indicado anteriormente, al hablar de los pruritos, la desaparición del eritema, por la acción descongestiva de las chispas. Por esta razón se ha utilizado también la alta frecuencia en el tratamiento del acné y la cuperoze.

En las erupciones zosterianas, produce los mejores resultados; pues a la acción descongestiva, hay que añadir la acción sedante sobre el dolor y la acción cicatrizante sobre las ulceraciones.

Oudín y Ramieaux, debido a la acción vaso-motriz del efluvio, han podido observar los efectos de descongestión que se notan en algunos estados flegmonosos, tanto superficiales como profundos.

Así hemos podido mejorar ciertas disneas, por la acción del efluvio sobre la región anterior del tórax, si bien es cierto que entra aquí mucho también la acción sedante sobre el sistema nervioso.

Moutier ha demostrado, también y por la misma razón, los buenos efectos que pueden obtenerse con la efluviación, en la fatiga vocal de los oradores y de los cantantes. Por mi parte he podido comprobar dichos efectos en dos cantantes, una de ellas sometida a tratamiento en la actualidad.

Debido a la acción descongestiva, Dommer ha utilizado los efectos de la chispa de condensación en el tratamiento de las hemorroides, en la misma forma que se utilizan para la fisura de ano. Sin embargo, no hay que esperar mucho de este tratamiento cuando las hemorroides son sintomáticas de una afección cardíaca, hepática o dependientes de compresión abdominal. Cuando son debidas al estreñimiento, prefiero tratar éste con la faradización, con la que se obtienen excelentes resultados y desaparecen al mismo tiempo las hemorroides.

En forma de efluvios, sobre el raquis y el pubis, ha sido utilizada la corriente de alta frecuencia en el tratamiento de las manifestaciones urinarias de la tabes.

Acción destructora.—Las vegetaciones venéreas han sido destruídas, por Oudín y Barthélemy, por medio del electrodo condensador. Bogonié lo utiliza con éxito en los angiomas planos. Aspinnwal Judol en los nævi pigmentarios. Bordier, Lacaille y Oudín, consideran la chispa de alta frecuencia como el tratamiento de elección de los pequeños epitelomas cutáneos. En la actualidad, tengo yo un enfermo de epiteloma del labio sometido a este tratamiento, en el que la mejoría, aunque muy lenta, he podido apreciar.

Acción cicatrizante.—Oudín, en el Congreso de Moscou del año 1897, dió cuenta de las curaciones obtenidas, con el electrodo condensador, en casos de ulceraciones tórpidas del cuello del útero. Y en 1905, en el Congreso de Lieja, expuso la acción cicatrizante en las úlceras varicosas.

Por último y para terminar diré que, sin pretender que la alta frecuencia sea el tratamiento de elección en todos los procesos morbosos, da lugar en muchos casos a resultados tan manifiestos que me inducen a utilizar este procedimiento terapéutico.

Dr. Eduardo Pastor Guillén.

PROFESIONALES

Disposiciones oficiales.

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Se dan las gracias de Real orden al Dr. D. Avelino Gutiérrez, de Buenos Aires, por el donativo de 12.000 pesetas hecho a la Junta para ampliación de estudios e investigaciones científicas, al igual que el que hizo el año anterior con destino a sostener pensionados españoles en el extranjero.

(Gaceta 1 Enero 1914).

*

La Gaceta del 29 de Enero pasado publica una R. O. aprobando el Reglamento y programa que han de regir en lo sucesivo para las oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Sanidad de la Armada.

Su mucha extensión hace que no podamos, con harto sentimiento de nuestra Revista, el publicar íntegra dicha R. O. Sin embargo, y por lo que pueda interesar a algunos médicos, daremos algunos detalles que puedan servirles de guía.

Como requisitos indispensables para tomar parte en dichas oposiciones, existen: el ser español, estar en pleno goce de sus derechos civiles y políticos, ser de buena vida y costumbres, ser doctor o licenciado en Medicina, no exceder de treinta años de edad y tener la aptitud física necesaria para el servicio de mar y tierra. Todo ello se acreditará mediante los correspondientes documentos.

Los ejercicios de oposición serán cuatro. Consistiendo el primero en practicar una operación, sacada a la suerte, describiendo antes la región anatómica, métodos operatorios, instrumental y ayudantes necesarios, etc., etc. El segundo consiste en contestar a seis preguntas, sacadas a la suerte, no pudiendo invertir en cada una de ellas más de quince minutos ni menos de diez. El tercero, en ver un enfermo y exponer su historia clínica, haciendo formación de trincas. Y el cuarto, en escribir una Memoria en el tiempo máximo de cuatro horas.

En cuanto al programa de oposiciones consta de sesenta y cinco operaciones de urgencia, para el ejercicio primero; de treinta para la Memoria, y de trescientas sesenta y cuatro para el ejercicio segundo, distribuidos en seis grupos, que tratan de las siguientes materias:

- 1.º Histología, Fisiología y Anatomía patológica.
- 2.º Patología general y Bacteriología.
- 3.º Terapéutica, Medicina legal y Toxicología.
- 4.º Patología médica y enfermedades exóticas.
- 5.º Patología quirúrgica.
- 6.º Higiene y reconocimiento de aptitud física.

NOTICIAS

En Abril de 1914 se celebrará en Cannes una «Reunión internacional de Talasoterapia», bajo la presidencia del Dr. D'Arsonval.

Se discutirán los siguientes temas:

- 1.º Naturaleza de las radiaciones solares al nivel del mar y medios de medirlas.
- 2.º La actinometría y la climatología en sus relaciones con la helioterapia marina.
- 3.º Asociación fisiológica de la helioterapia marina sobre la nutrición.
- 4.º Posología de la helioterapia marina.
- 5.º Helioterapia marina en las tuberculosis quirúrgicas y cutáneas.
- 6.º Helioterapia marina en las tuberculosis pleuropulmonares y adenomediastínicas.
- 7.º Helioterapia marina en las tuberculosis abdominales.
- 8.º Helioterapia marina en las afecciones no tuberculosas.

Una nota ulterior dará a conocer más detalles referentes a la organización de este Congreso.

* * *

El día 11 del actual, a las seis de la tarde, se reunió la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia, para hacer entrega de las recompensas que, con arreglo al Reglamento del Colegio y por acuerdo unánime de una Junta general anterior, se habían concedido a los Sres. D. Patricio Borobio, D. César Ballarín y D. José Selma.

Asistieron al acto el Presidente del Colegio D. Vicente Lafuerza, Vocales señores Ibáñez, Rivas y Martín, y Secretario Sr. Pastor; habiendo excusado su asistencia, por luto recientísimo, el Tesorero don Manuel Ejarque, quien manifestó su admiración por los recompensados, en carta muy sentida. De estos, asistió D. Patricio Borobio y D. César Ballarín, no pudiéndolo hacer el Dr. Selma por hallarse ausente, y haciéndolo en representación suya D. Gregorio Bandragen.

El Presidente del Colegio, en párrafos brillantes y llenos de justicia, expuso la labor realizada por los recompensados, su altruismo, sus virtudes cívicas, todas cuantas dotes adornan sus prestigiosas personalidades; manifestando, en nombre de la Junta de Gobierno y de la Clase Médica en general, el orgullo que el Colegio siente por albergar en su seno a hombres de la valía de los agasajados. El Dr. Borobio, lleno de gratitud y emoción, a la vez, contestó para dar las gracias por una recompensa, según él, la más preciada de cuantas había recibido en el transcurso de su vida. El Sr. Ballarín hizo análogas manifestaciones, poniendo de relieve su sentimiento porque no se otorguen premios análogos a otros médicos tan dignos de ser premiados como ellos. El Sr. Bandragen dió las gracias en nombre de su representado el Dr. Selma. A continuación el señor Presidente hizo entrega de las correspondientes Menciones Honoríficas.

HOJAS MÉDICAS envía su más entusiasta felicitación a los Dres. Borobio, Ballarín y Selma, por la recompensa otorgada, recompensa que, sobre el mérito de ser primera vez que el Colegio hace uso de su Reglamento para conceder honores y premios. HOJAS MÉDICAS felicita también al Colegio de Médicos por su acierto en re-

compensar y por empezar a usar el capítulo que sirve de estímulo a las grandes empresas y a las nobles acciones.

Por R. O. de 4 de Febrero actual ha sido nombrado, en virtud de concurso de traslado, catedrático numerario de Ginecología y su clínica de la Facultad de Medicina de Sevilla, D. Francisco Blas Urzola y Marcén, quedando vacante por lo tanto una plaza de auxiliar numerario de 5.º grupo de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Reciba el Sr. Urzola, nuestro querido maestro, una sincera enhorabuena por su nombramiento.

Con este número recibirán nuestros lectores un prospecto del Suero Antiestrectocócico «Berná», sobre el cual rogamos fijen su atención.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Damos las más expresivas gracias a nuestro excelente colega valenciano *Polí-clínica* por haberse dignado establecer el cambio con nuestra revista.

Hacemos extensivo nuestro testimonio de gratitud a *La Clínica Castellana* y a la *Revista Navarra de Medicina y Cirugía* por igual prueba de compañerismo.

También hemos recibido el número de Enero de *La Especialidad Práctica*, notablemente mejorada en sus condiciones editoriales. Gustosos establecemos el cambio.

La Mujer y el Niño se titula la revista que con carácter Médico-social ha comenzado a publicarse en Zaragoza, dirigida por el Dr. R. Horno-Alcorta.

Sea bien venida al estadio de la prensa profesional; por nuestra parte correspondemos a su salutación, deseándole vida larga y próspera.

Estudios sobre la degeneración y regeneración del sistema nervioso, por S. Ramón

Cajal. Tomo I. Un volumen en 4.º de 414 páginas, con grabados. Imprenta de Nicolás Moya, Madrid, 1913.

El Mentor Medical, de Salamanca, solicitando nuestro cambio, al que accedemos gustosos.

Nos vemos así mismo honrados por el cambio con la importantísima revista *Los Progresos de la Clínica*.

Sumario del número 13. Enero 1914:

I. Progresos de la inmunología y serología en el año 1913, por el Dr. Murillo, del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.

II. Fracturas de extremidad inferior del hueso radio, por el Dr. Lozano, de la Facultad de Zaragoza.

III. Profilaxia y tratamiento de las manifestaciones varicosas, por el Dr. Nobl, de Viena.

IV. Fotografías anatómicas en color, por el Dr. Peralta, de la Facultad de Salamanca.

V. Casos clínicos:

1.º Un caso de enfermedad de Raynaud, por el Dr. Fernández Sanz, de la Facultad de Madrid.

2.º Linfoma maligno, Clínica del doctor Bartrina. Fotografía de los doctores Comas y Prió.

3.º Mixedema.—Atrofia testicular.—Polidactilia.—Hospital Clínico de San Carlos, A. Perera.—Fotografía del señor Padró.

4.º Sífilis hereditaria tardía.—Historia clínica y fotografía del Dr. Lazo.

VI. Reseña de las sesiones de Academias y Sociedades médicas.

VII. Revista de la Prensa.

VIII. Bibliografía.

Sumario del suplemento:

I. Ventajas que ofrece la suscripción al periódico y mejoras en la Revista para 1914.

II. Disposiciones oficiales.

III. Noticias de interés general.

IV. Partidos médicos vacantes.

V. Correspondencia con los señores suscriptores.

BIBLIOGRAFÍA

El examen de las materias fecales de los niños de pecho.—Indicaciones diagnósticas y dietéticas, por el Dr. René Gauttier.

Es un trabajo interesantísimo, donde se pone de relieve la necesidad de examinar macroscópica y microscópicamente los residuos fecales del niño para saber cómo se digieren y utilizan los alimentos en cada individuo, pudiendo así establecer bases razonadas para prescribir el régimen alimenticio apropiado a cada caso.

El doctor Gauttier da a conocer, en otros tantos párrafos, los tipos de todas las deposiciones de los niños, estudiando las propiedades físicas, químicas y microscópicas de esas deposiciones. Hace también notar la variante de la flora bacteriana y su curiosa transformación.

La consecuencia del meritísimo trabajo del doctor Gauttier es sentar el diagnóstico y la alimentación apropiada en cada caso particular.

A. M. MARTÍNEZ.

Estudios sobre la degeneración y regeneración del sistema nervioso, por S. Ramón y Cajal. Tomo I. Un volumen en 4.º de 414 páginas, con dibujos intercalados en el texto. Madrid. Julio 1913.

De una obra del doctor Santiago Ramón y Cajal fuera bastante con dar cuenta de su aparición en cualquier otro país que no fuera el nuestro, donde aun siendo el autor muy querido, respetado y admirado, es pequeño el número de médicos investigadores, sin duda por circunstancias económicas más que por condiciones de étnica inferioridad para esta índole de trabajos.

La obra, cuyo primer tomo fué publicado a fines de 1913, es costada por los médicos españoles de la República Argentina, como homenaje de admiración, de simpatía y de cariño hacia el doctor Ramón y Cajal al serle otorgado el premio Nobel en mérito a sus trascendentales descubrimientos en la intrincada estructura del sistema nervioso.

Pretender hacer una crítica, ni siquiera aproximada, acerca del valor científico

que atesora este primer tomo de la obra, sería presunción imperdonable. En ella se estudian problemas de neurología, se tratan precisamente las cuestiones que tanto brillo y universal renombre han dado a Ramón y Cajal, de cosas en que es el primer maestro del mundo. ¿Cómo ha de ser la obra? Una maravilla por su método, su originalidad, su castizo estilo, una actualidad palpitante para ese mundo de mentalidades escogidas que se preocupan de desentrañar la complicada urdimbre de ese sistema, también privilegiado, que hace al hombre mover, sentir y querer.

Por nuestra parte no se nos ocurre otra cosa que felicitar al Maestro, felicitar a nuestros compañeros y compatriotas de allende los mares por su felicísima, delicada y noble idea, y felicitarnos a nosotros mismos, a la clase médica española, por contar con ese foco de primera magnitud que sin descanso irradia la luz de su portentosa inteligencia a todo el orbe científico para honra de nuestra querida España.

M. J. ALCRUDE.

CONCURSOS

Real Academia de Medicina de Zaragoza. = =

Para dar cumplimiento a la voluntad del doctor D. Francisco Gari y Boix, esta Academia adjudicará un premio de setecientas cincuenta pesetas al autor de la mejor Memoria acerca del tema «Lesiones meningo-encefálicas: topografía e intervenciones quirúrgicas que ellas pueden exigir».

La Real Academia, en su deseo de realzar la importancia del premio manifestando así su gratitud al fundador, concederá dos títulos de socio corresponsal: uno al autor de la Memoria premiada y otro al de la que obtuviere el accésit.

Este concurso se ajustará a las siguientes condiciones:

1.^a Podrán concurrir todos los que tengan el título de doctor o licenciado en Me-

dicina y Cirugía y no sean académicos numerarios de esta Corporación.

2.^a Las Memorias deberán presentarse cerradas y lacradas, con un lema en el sobre, sin firma ni rúbrica del autor, ni copiada por él, ni con sobrescrito de su letra. A cada una de las Memorias que se presenten deberá acompañar un pliego cerrado en el que conste el nombre y residencia del autor; este pliego vendrá exteriormente señalado con el lema que encabece la Memoria.

3.^a Las Memorias que se presenten estarán escritas en castellano, debiendo ser remitidas a casa del señor Secretario, doctor D. Augusto García Burriel, Alfonso I, núm. 40, pral., hasta las doce de la mañana del día 1.^o del próximo Septiembre.

4.^a Los pliegos correspondientes a las Memorias premiadas se abrirán en la sesión pública inaugural de 1915, siendo quemados los restantes en el mismo acto.

5.^a Las Memorias premiadas serán propiedad de la Academia, quien podrá imprimir las si lo estima conveniente y regalar una parte a los autores.

6.^a Ninguna de las Memorias presentadas podrá retirarse del Concurso.

Colegio de Médicos de Filadelfia.

El próximo Concurso para el premio Alvarenga que concede el Colegio de Médicos de Filadelfia, de un valor de 180 dollars, tendrá lugar en Julio de 1914. El tema es libre, sobre un punto cualquiera de la Medicina, pero inédito.

Para detalles, dirigirse a M. Thomas R. Neiloon, 19, South Street, en Filadelfia.

Academia Médico-Quirúrgica de Madrid.—Programa de premios para 1914. = = = =

I. El tema del Concurso será el siguiente: «Tema libre de investigación original sobre algún punto de las Ciencias médicas».

II. El premio de la Academia consistirá en 500 pesetas y el título de socio corresponsal de la misma. La Academia podrá elevar la cuantía o el número de los premios si lo creyese oportuno.

III. Las Memorias optando al premio

deberán estar escritas en castellano, siendo preferidas, en igualdad de circunstancias, las que estén escritas con más concisión y claridad. No se conceptuarán de valor los trabajos de mera recopilación de datos ajenos.

IV. A cada una de las Memorias que se presenten deberá acompañar un pliego cerrado, en el que conste el nombre y residencia del autor. Este pliego vendrá señalado con el lema que figure en la Memoria. Será excluido del Concurso todo trabajo firmado por su autor o con alguna indicación que pueda revelar su nombre. No podrán tomar parte en este certamen los socios de la Corporación.

V. Las Memorias se dirigirán con sobre al Presidente de la Academia y dirección a la Secretaría general de la misma, en su domicilio, calle Mayor, núm. 1, Colegio de Médicos, Madrid, donde se expedirá a quien lo solicite el correspondiente recibo de la entrega.

VI. El Concurso quedará cerrado el 15 de Septiembre de 1914, después de cuyo plazo no será admitida ninguna Memoria.

VII. La Academia publicará oportunamente los lemas de las recibidas, así como el de la que la Corporación juzgue acreedora al premio.

VIII. Este último será públicamente adjudicado en la sesión inaugural del curso próximo al autor de la Memoria premiada, o a quien para ello se presente competentemente autorizado, abriéndose en el mismo acto el pliego que debe contener su nombre, a la vez que se inutilizarán los que correspondan a las Memorias no premiadas.

IX. Toda Memoria recibida para el Concurso quedará de propiedad de la Academia.

Madrid, 24 de Noviembre de 1913.—El Secretario general, Bernardino Landete.

Premio Barajas

La Sociedad Otorino-laringológica de Madrid, adjudicará un premio de 500 pesetas, donado por el Excmo. Sr. D. Luciano Barajas, a la mejor Memoria que se presente sobre el tema «Progresos de la cirugía otológica desde 1890 hasta nuestros

días y juicio crítico de los mismos». Además, se otorgará un accésit a la Memoria que la siga en mérito, consistente en el título de «Miembro corresponsal de la Sociedad».

Las Memorias deberán estar escritas en castellano y con letra clara, debiendo remitirse a la Secretaría de la Sociedad Otorino-laringológica. Colegio de Médicos (Mayor, núm. 1), antes del 15 de Junio de 1914.

Los autores no deberán firmarlas ni rubricarlas, distinguiéndolas con un lema igual al del sobre de un pliego cerrado que remitirán adjunto, y el cual contendrá su nombre y residencia.

El fundador y la Junta directiva de la Sociedad, en la sesión ordinaria que se celebre en dicho mes de Junio, nombrará la Comisión de especialistas que hayan de juzgar los trabajos presentados.

Los premios se adjudicarán en la sesión inaugural del curso de 1914 a 1915, y los pliegos de las Memorias no premiadas se inutilizarán en la primera sesión de gobierno que se celebre después de la inaugural, a no ser que fuesen reclamados oportunamente por sus autores.

Academia de Ciencias de la Habana.—Programa de los premios para el año 1914.

Primero. Premio de la Academia consistente en la cantidad de 200 pesos oro al mejor trabajo que se presente sobre el tema «Mortalidad infantil en Cuba.—Sus causas.—Distribución geográfica y medidas profilácticas que deben aplicarse».

Segundo. Premio del Dr. Antonio de Gordón y Acosta.

A. Consistente en una medalla de oro al mejor trabajo de Fisiología sobre el siguiente tema: «Últimas modificaciones que sufren los elementos de nutrición al integrarse en las células nerviosas.»

B. Consistente en una medalla de oro al mejor trabajo de Medicina legal sobre el siguiente tema: «El médico alienista y el forense ante los Tribunales de Justicia en los distintos casos de enajenación mental y en especial en Cuba.»

Las Memorias de los que aspiren a los

premios, se recibirán en la Secretaría de la Academia, calle de Cuba, núm. 84, A, hasta las seis de la tarde del día 30 de Marzo de 1914.

Deberán ser inéditas, escritas en castellano, inglés o francés, remitirse en pliego cerrado y lacrado con un lema en su cubierta.

En otro pliego, también cerrado y lacrado, se enviará el nombre del autor, con el mismo lema de la Memoria en su cubierta.

A los dos últimos premios pueden aspirar los señores académicos.

En la sesión solemne del 19 de Mayo de 1914, se efectuará la adjudicación de los premios a los autores de las Memorias que resultasen premiadas, destruyéndose en ese acto los pliegos que contengan los nombres de los no agraciados.

De "Los Progresos de la Clínica"

Los Progresos de la Clínica, entre sus notables mejoras que anuncia para 1914, figura la siguiente:

«5.^a Abrimos un concurso entre los médicos españoles y extranjeros para premiar seis artículos, elegidos entre los que nos remitan, bajo las siguientes bases:

1.^a Los artículos habrán de ocupar de 16 a 30 páginas del periódico.

2.^a Deberán venir escritos a la máquina o con letra muy clara y acompañados de las ilustraciones en negro o en colores que el asunto exija, si lo exigiere.

3.^a Vendrá cada artículo en sobre cerrado y con un lema, y en otro sobre también cerrado y con el mismo lema, el nombre del autor.

Se abrirán los sobres que tengan el mismo lema que los artículos premiados, a fin de conocer el nombre del autor, y se devolverán intactos los de los no premiados,

a la vez que el artículo de su lema que no haya merecido premio. El plazo para la devolución de los artículos no premiados expirará a los tres meses de adjudicados los premios. Los artículos y sobres con los nombres de los autores que no hubiesen sido reclamados en dicha fecha, se quemarán sin abrir dichos sobres.

4.^a Los artículos deberán remitirse al señor administrador de *Los Progresos de la Clínica*, en la forma indicada, antes del 1.^o de Noviembre de 1914.

La adjudicación de los premios se verificará en el mes de Diciembre del mismo año y quedará encomendado a un Jurado, compuesto de los señores siguientes:

D. Luis Guedea y Calvo.

D. Antonio Simonena y Zabalegui.

La persona que designe la Sección de Medicina de la Real Academia.

La persona que designe la Sección de Cirugía de la Real Academia; y

D. José Núñez Grañés.

El Jurado se reserva el derecho a premiar los seis artículos, o menos, o ninguno, si no lo creyere aceptables.

5.^a Los artículos premiados quedarán de la exclusiva propiedad del periódico.

6.^a El premio consistirá en:

I. Entrega de 250 pesetas al autor de cada artículo premiado.

II. Publicación del artículo en el periódico con todas las ilustraciones; y

III. Entrega al autor de 200 ejemplares del repetido artículo, en edición aparte y en papel couché.

7.^a El tema de los artículos será de libre elección de los señores médicos y se tendrá también en cuenta la forma y estilo de la redacción.»

Administración, Argensola, 2 duplicado, Madrid.



A NUESTROS LECTORES

Al hablar de nuestros propósitos, en el número anterior de HOJAS MÉDICAS, decíamos que, en la empresa que iniciábamos, no nos guiaban ideas de lucro. Hoy, con el presente número, confirmamos nuestra afirmación.

Las mejoras introducidas en la parte material de nuestra Revista, dirán al lector, mejor que nuestras palabras, la excelente acogida que ha tenido, el éxito tan grande que ha alcanzado. Agradecidos a nuestros favorecedores, no era bastante el editar más bellamente nuestro periódico; era preciso hacer algo más, y algo más se ha hecho.

Ofrecimos editar y repartir gratuitamente el *Boletín del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia*; y aceptado nuestro ofrecimiento, desde este número aparecerá dicho *Boletín*, dando cuenta a los señores Colegiados de acuerdos oficiales, actas de Juntas celebradas, y diversos asuntos que puedan interesarles.

HOJAS MÉDICAS, con sus modificaciones materiales y el encargo que la honra de editar gratuitamente el Órgano Oficial de este Colegio de Médicos de Zaragoza, estimaría haber correspondido a la complacencia de sus lectores, ya que ha logrado todas sus mejoras sin tener que alterar el económico precio de suscripción, que es de *seis pesetas* al año. Pero ya hemos dicho que ha podido hacer más y que lo ha hecho.

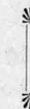
HOJAS MÉDICAS ha creado un

Vale de cinco pesetas

que será entregado a todo suscriptor que abone adelantado el importe anual de su suscripción. Dicho **Vale** será admitido, por todo su valor, en las compras de instrumental que los señores suscriptores efectúen en las importantes casas de Zaragoza, de

RIVED Y CHÓLIZ

D. JAIME I, NÚMERO 21



JESÚS M.^a ZULUAGA

D. ALFONSO I, NÚMERO 28

Los suscriptores que, residiendo fuera de la capital, deseen canjear su **Vale** por algún instrumento cuyo coste no exceda de cinco pesetas, podrán remitir dicho **Vale** a las casas mencionadas o a la Administración de HOJAS MÉDICAS, que se encargará de remitir directamente el pedido, abonando el suscriptor el derecho de franqueo.

A nuestros suscriptores actuales, se les remitirá el **Vale** junto con el recibo justificante de haber abonado el importe de la suscripción.

Finalmente, a los estudiantes de Medicina que deseen suscribirse por un año a HOJAS MÉDICAS, costará la suscripción *cinco pesetas*, y se les entregará también el mismo **Vale**, mediante el cual ha de resultarles la suscripción completamente gratuita.

No dudamos será acogida con entusiasmo esta forma de suscripción que permite, sin gasto sensible, recibir la Revista durante todo el año presente.

LA REDACCIÓN.

Advertencia.—Desde el próximo número, únicamente se remitirá esta Revista a los suscriptores; advertimos esto, para que nuestros lectores se sirvan mandar a esta Administración el boletín de suscripción adjunto, acompañado de su importe, si desean continuar recibiendo HOJAS MÉDICAS. En cuanto a los señores Colegiados, recibirán gratuitamente el *Boletín del Colegio*; debiendo suscribirse, en las condiciones ya indicadas, si desean recibir también la Revista.

A los Autores y Editores

“**Hojas Médicas,**” anunciará en dos números sucesivos todas las obras de las que se envíe un ejemplar y hará, además, un juicio crítico imparcial si se remiten dos ejemplares.



“**Hojas Médicas,**” annoncerá pendant deux mois tout ouvrage envoyé a nos bureaux: si deux exemplaires nous sont parvenus nous ferons l'analyse bibliographique.

AURASA VITORIA

Solución concentrada de los principios elaborados

por los

= **Sacharomyces vini y elipsoideus** =

(Principios activos de las levaduras de vino y cerveza)

Anti-Estafilocócico Contra la Forunculosis, Antrax, Absceso, etc.

Muestras de ensayo gratis a los señores Médicos.

VENTA: En la Farmacia de D. M. PIN y principales.

CIRUGÍA

PATOGENIA DE LAS FÍSTULAS URINARIAS PREVESICALES POST-OPERATORIAS Y MANERA DE EVITARLAS = = = = =

He observado algunos casos de formación de fístulas después de la cistotomía hipogástrica, unas veces después de la talla y otras a consecuencia de haber utilizado la abertura de la cara anterior de la vejiga para extracción de tumores, prostatectomía, tuberculosis vesical, etc. Y no me extraña que tal fenómeno se origine por la multiplicidad de causas que existen para su producción: unas inherentes al mismo sujeto que padece; otras por efecto de infecciones agudas o crónicas de la vejiga, y por fin, accidentes debidos a la anormalidad del funcionamiento de la vejiga y de la uretra, que, por condiciones especiales, no pueden emitir la orina con regularidad por obstáculos en el trayecto que ésta tiene que recorrer, muy frecuentes en las afecciones que generalmente se localizan en estos órganos.

No es lógico suponer que la formación de fístulas, después de la cistotomía, tenga por origen la falta de habilidad del cirujano. En todo caso pudiera ser un sensible fracaso, en el cual no tuviera la más mínima parte la ejecución de la intervención operatoria. He visto varios casos de fístula hipogástrica, después de cistotomías practicadas por eminentes cirujanos, en que no podía dudarse de su competencia en estos asuntos; y es que en la patogenia de este accidente cicatricial, como en la mayor parte de los procesos morbosos que se desarrollan en nuestro organismo, existen causas intrínsecas que repercuten en él, originadas a veces hasta en los mismos órganos lesionados.

Uno de los principios elementales de la cicatrización de las heridas es el reposo, y reposo no puede existir en la vejiga, que tiene necesariamente que ejecutar su función evacuatoria, cuando, rellena por la orina, se contrae después para ejecutar su fisiologismo normal.

Esta movilidad, cuando la vejiga está incindida y suturada, tiene forzosamente que repercutir en la desigualdad de los bordes de la herida, fraguándose a veces entre ellos una pequeña cantidad de orina, lo suficiente para su filtración, deteniéndose en la cavidad de Retzius, cavidad cerrada muy a propósito para formar abscesos purulentos que se evacuan con gran facilidad al exterior por la vía hipogástrica. El empleo de la sonda permanentemente es un excelente drenaje, pero no inmoviliza la vejiga, sino que por el contrario, en casos de intolerancia, determina bruscas contracturas, y aun cuando el enfermo soporte bien la sonda, la contracción se verifica por acción refleja, determinando desigualdad en los labios de la herida; y si a esto se añade que son indispensables los lavados antisépticos después de la cistotomía, y aun cuando estos lavados

se hagan a poca presión, será preciso distender la vejiga ligeramente para que después por contracción pueda expulsar el líquido inyectado.

Si el fisiologismo de la vejiga por su movilidad puede ser origen de la formación de fistulas, no lo es menos su disposición anatómica, porque delante de la vejiga existen tres espacios muy susceptibles para localizarse una supuración. El primer espacio, llamado retro-muscular de Leusser, está colocado inmediatamente por encima del pubis; el segundo, denominado prevesical o cavidad de Retzius, está situado entre la cara posterior de la pared abdominal y la cara anterior de la aponeurosis vésico-umbilical; y el tercero, preperitoneal, comprendido entre la aponeurosis vésico-umbilical y el peritoneo. Hay que añadir a esto que Bazy, Gerota, Cuneo y Marcille descubrieron en esta región ganglios linfáticos yuxta-vesicales y prevesicales que por transmisión pueden ser fácilmente infectados, produciéndose un adeno-flemón que por supuración consecutiva ponga en comunicación directa la vejiga con la superficie cutánea de la región hipogástrica. Y no hay que olvidar que en la mayor parte de las afecciones por las cuales se hace precisa la cistotomía anterior, la vejiga está infectada: unas veces por contener un cálculo; otras por tumores, hipertrofia, prostatitis, tuberculosis, etc.; afecciones todas que determinan a la larga una degeneración séptica de la mucosa, fácilmente transmisible a la incisión vesical y a los ganglios más próximos a ésta. Entonces, aunque la herida esté suturada y los puntos perfectamente apretados, el catgut puede descomponerse y formarse un edema en los labios de la herida, dejando filtrar orina o secreciones sépticas entre la pared anterior de la vejiga, la pared posterior del abdomen, el peritoneo y el pubis, humedeciendo los ganglios prevesicales.

No solamente pueden infectarse esta cavidad y estos ganglios a través de la herida en las infecciones de la vejiga, sino que también por aquellos procesos sépticos que procedan de la uretra, próstata y órganos genitales de la mujer, por cuya transmisión puede ser originada de una manera indirecta la fistula prevesical.

Las infecciones de la próstata y de la uretra por transmisión a los ganglios, he podido comprobar que juegan un papel importantísimo en la formación de las fistulas prevesicales, no solamente enseguida de haber practicado la cistotomía, sino después de dos o tres meses de haberla hecho. No hace mucho, en el mes de Abril de 1913, vi un enfermo con formación de fistula que yo había operado dos meses antes de talla hipogástrica, extrayéndole un enorme cálculo; en mi concepto, el trayecto fistuloso fué ocasionado por una intensa infección uretro-prostática, que por transmisión a los ganglios prevesicales y a la vejiga, formó una colección purulenta y puso en comunicación la cavidad vesical con la piel. Hecho un examen detenido de este enfermo, presentaba abundante supuración procedente de la uretra posterior y la próstata; los ganglios inguinales estaban infartados; había orquitis unilateral del lado izquierdo, cuyos síntomas delataban una infección exacerbada por los repetidos sondajes que el enfermo se hacía para contrarrestar la dificultad que sentía en la micción por hipertrofia prostática. No me cabe duda que una asociación microbiana por efecto de estos sondajes repetidos determinó la infección de la vejiga, de los ganglios linfáticos prevesicales y más tarde la degeneración y rotura de la cicatriz, formándose una colección purulenta que ocasionó el trayecto fistuloso.

La comprobación de mi manera de pensar fué sancionada más tarde por el éxito del tratamiento, dirigido principalmente a desinfectar la uretra posterior, próstata y vejiga, drenaje, reposo y algunas cauterizaciones en la fistula, porque la experiencia demuestra que aunque se haga con todo cuidado el avivamiento del trayecto fistuloso, la operación no da nunca resultado si persiste la infección uretro-prostática o vesical; por el contrario, en aquellos casos en que

puede trabajar el cirujano en un terreno aséptico, el éxito es casi seguro, a no ser que accidentes inesperados, poco frecuentes, dificulten la cicatrización de la herida.

Si el terreno influye poderosamente en todos los procesos morbosos, no tiene menos importancia en la patogenia de las fistulas prevesicales. Y como sucede muy a menudo que la cistotomía es practicada en sujetos de avanzada edad, con tejidos degenerados por enfermedades discrásicas, determinantes de concreciones calculosas, hipertrofia de la próstata, etc., y en otros casos tumores o infecciones depauperantes, como la tuberculosis vesical, ocurre que la proliferación celular es poco activa y la cicatrización se verifica con gran lentitud. Si a éstas se añaden las otras causas anteriormente mencionadas, será fácil comprender las dificultades que hay para obtener por primera intención la oclusión perfecta después de la cistotomía.

Así se ve que los niños en que las infecciones uretrales son menos frecuentes y los tejidos tienen mayor poder proliferativo, las fistulas son menos de temer que en los adultos, porque la cicatrización es más activa, los tejidos son más flexibles, su degeneración no existe y, por lo tanto, las heridas se cierran en menos tiempo; porque no hay que olvidar el estado de la pared vesical hipertrofiada y el estado degenerativo existente en aquellos sujetos que por contener un cálculo mucho tiempo determina profundas alteraciones en la pared, siendo muy difícil que la coaptación se verifique sin desgarrar de los puntos de sutura, poniendo así en comunicación la cavidad vesical con el espacio de Retzius. Es lo general que en los viejos así suceda y que el cirujano se vea obligado a reforzar con el mayor cuidado la sutura en ocasiones inútilmente por ser muy friables los tejidos, desgarrándose con facilidad.

Hay que consignar también como causas que dominan la patogenia de las fistulas hipogástricas, todas aquellas afecciones que impidan la evacuación regular de la vejiga; éstas son la hipertrofia de la próstata, las prostatitis, la estrechez uretral, las uretritis y los coágulos sanguíneos que pueden obstruir la sonda permanente después de la cistotomía. Con estos obstáculos se produce una presión intravesical por retención urinaria que, dilatando considerablemente la vejiga, ocasiona la rotura de los puntos de sutura con la infiltración consiguiente; por eso hay que tener sumo cuidado en hacer lavados muy frecuentes que aseguren la permeabilidad de la sonda y nos pongan en evidencia su buen funcionamiento.

Por las causas antedichas puede formarse juicio de la facilidad con que se forman las fistulas prevesicales; porque el hacer una sutura en un medio infectado, con degeneración de los tejidos, en sujetos generalmente de avanzada edad, con dificultades en la emisión de la orina y con resistencias orgánicas escasas, lo menos que puede conducir es a una irregularidad en la formación de los tejidos cicatriciales y, por lo tanto, a la formación de trayectos fistulosos, si una filtración de orina o una septicemia no pone en peligro la vida del enfermo. En vista de las dificultades originadas por los fenómenos patogénicos mencionados, se han preocupado los cirujanos más competentes en esta materia de la manera de evitar las fistulas prevesicales. Para ello se aconseja, y yo lo he puesto en práctica, mantener la permeabilidad de la uretra mediante sondajes, sonda permanente y hasta la uretrotomía y dilatación consiguiente, si se hiciera precisa. También en ocasiones, cuando se trata de un prostático y los anteriores medios han fracasado, se recurrirá a la prostatectomía.

Las infecciones de la uretra y de la vejiga deben tratarse con gran insistencia por medio de lavados e instilaciones. Con este procedimiento se pueden evitar las fistulas o apresurar su cicatrización si aquéllas ya existieran.

Cuando ya hayamos suprimido todas las causas próstato-uretrales e infec-

ciosas y persista la formación del trayecto fistuloso, se ensayarán las cauterizaciones con tintura de yodo, nitrato de plata o el termocauterío, que en ocasiones pueden dar excelentes resultados; y si esto fuera insuficiente, hay que extirpar el trayecto fistuloso hasta la vejiga, suturarla, acercar los lados separados, suturarlos también después de haberlos avivado y, por último, unir la piel, salvo en un punto, para dar paso a un pequeño drenaje. Es inevitable en ocasiones la formación de fistulas, y por eso he consignado su tratamiento; pero el cirujano debe tener siempre tendencias, en el acto operatorio, de evitar su formación. Para ello, después de permeabilizar el conducto uretral, estableciendo un buen drenaje y desinfectar con gran cuidado la vejiga y la uretra, hay que hacer la sutura de la vejiga con gran precisión y cuidado, huyendo en lo que sea posible del tubo de Guyón-Perier; éste en especialísimas circunstancias es preciso si la infección es muy intensa; pero en lo que se refiere a las fistulas, es siempre perjudicial, porque, como cuerpo extraño, dificulta la cicatrización inmediata de la herida. Hemos indicado que la sutura debe hacerse con gran precisión, porque en el primer plano no debe comprenderse más que la pared muscular, sin tocar la mucosa, y una vez que esté bien adosado todo el espesor del corte, debe confeccionarse por encima un segundo plano de refuerzo, como aconseja Lember, a expensas de la parte superficial de la capa muscular y del tejido celular extra-vesical. Con el objeto de dar más seguridad a la coaptación de los bordes de la herida, he adicionado la aplicación de una pinza permanente que contenga en toda la longitud de la incisión la sutura, reforzándola e inmovilizando la pared anterior de la vejiga para evitar la desigualdad de los bordes y la infiltración consecutiva de la orina. La pinza que he ideado a este objeto tiene la misma longitud que las de Pean; lleva en las extremidades libres cuatro láminas articuladas horizontales, que forman una T invertida con el resto del instrumento. Se fija cogiendo entre estas láminas articuladas toda la longitud de la sutura, dejando la pinza así colocada y rodeándola con un drenaje de gasa que puede servir de sostén y desagüe, para después sin cuidado cerrar la herida abdominal en sus difentes planos. Las laminillas de la extremidad inferior de la pinza son articuladas, porque de esta manera se facilita su extracción cuando a los ocho días de estar colocadas se retiren, sin desgarrar de los tejidos suturados en la pared abdominal y cuando la herida vesical esté en un período avanzado de cicatrización. Y no solamente se consigue con la pinza el coaptar los bordes de la herida y evitar el desgarrar de los puntos, sino que también se inutiliza la pared anterior de la vejiga, manteniéndola en relativo reposo y dificultando desgarrar que pudieran poner en comunicación la cavidad vesical con el espacio de Retzius, con lo que consecutivamente se puede formar el trayecto fistuloso. Sin tener la pretensión de un descubrimiento científico y siendo la aplicación de la pinza permanente un grano de arena importado al campo de la experimentación científica, en lo que se refiere a la cistotomía suprapubiana, creo esta adición de resultados prácticos para evitar complicaciones post-operatorias, no solamente en cuanto a las fistulas, sino que también para prevenir la infección peritoneal, que puede sobrevenir por ponerse en comunicación la cavidad vesical infectada, por diferentes causas, como son la sonda permanente, sondajes repetidos, cistitis tuberculosa, etc.

En resumen, para terminar, creo que para evitar la formación de fistulas prevesicales debemos tener muy en cuenta la desinfección de la vejiga y de la uretra; quitar todos aquellos obstáculos que dificulten la libre salida de la orina, como son la hipertrofia de la próstata, estrecheces, uretritis, etc.; establecer un drenaje mediante sonda permanente; hacer la sutura con la mayor perfección y limpieza, y reforzar ésta e inmovilizar la pared anterior de la vejiga mediante la pinza de seguridad.

Y si con todas estas precauciones no podemos evitar la formación de fistulas prevesicales, no será la culpa nuestra, sino de las condiciones patológicas especiales del enfermo, que difícilmente podrán salvarse, porque tejidos degenerados con deficiencias en la proliferación celular y por lo tanto en la cicatrización de las heridas, nunca darán éxitos, aun cuando los fracasos sean prevenidos y sospechados con anterioridad.

Dr. Gregorio Bandragen.

REVISTA DE REVISTAS

Utilidad de la mezcla alcohol-glicerina para las curas húmedas = = = =

Tiene la glicerina la propiedad de impedir la acción cáustica y necrosante del ácido fénico, conservándole sus propiedades anestésicas y antisépticas.

Sabido es que, por otra parte, el alcohol da los mejores resultados en el tratamiento de las diferentes afecciones inflamatorias. Pero el alcohol es irritante. M. Goppert tuvo la idea de asociarle la glicerina para disminuir esta acción.

Recomienda para las curas húmedas, una combinación de alcohol á 95° y de glicerina por partes iguales.

Se ha hecho de este método muchas pruebas, de las cuales resulta que los mejores resultados se obtienen en las supuraciones ganglionares, en los procesos flemosos, en la mastitis, en las inflamaciones del ombligo de los recién nacidos. Pero de un modo general, son buenos los resultados en todos los casos que requieren curas húmedas.

La técnica de la aplicación de esta mezcla es igual a la de las curas húmedas. Se impregna con la mezcla varios dobles de gasa esterilizada y recortada según el caso en cuadro o rectángulo, se aprieta esta gasa para quitar el exceso de alcohol y de glicerina y se la coloca sobre la piel. Se cubre luego de impermeable y de una capa de algodón.

En algunas afecciones, como las bronco-neumonías, cuando se quiere conseguir una irritación marcada se fricciona la parte elegida.

En los males de garganta del niño, la

mezcla alcohol-glicerina es también eficaz. Esta cura húmeda cuya acción se ha estudiado en los animales fendra una acción irritante mínima y propiedades anti-flogísticas muy marcadas. Su empleo está, pues, indicado en los niños y mejor aún en los recién nacidos y los niños de pecho.

(Semaine Médicale).

Las indicaciones de la trepanación en la hemorragia cerebral y el reblandecimiento = = = =

Las indicaciones de la trepanación decomprensiva que afectan al hemisferio sano en la hemorragia cerebral y el reblandecimiento, las especifica M. Pierre Marie. Cree el autor que en la hemorragia cerebral, el coma completo sobreviene cuando se ha producido una compresión del hemisferio sano, debido á la sangre derramada o al edema aparecido alrededor del foco. Así, pues, propone hacer por esta parte una trepanación decomprensiva. De este modo se escapará a las complicaciones que pudieran producirse si se trepanase del lado de la hemorragia (aumento y reproducción de la eflujo sanguínea, desgarrar del cerebro.)

Herida de la vena femoral tratada con éxito por la sutura.

M. Morestin refiere, en la Sociedad de Cirugía, la observación de M. H. Billet (del Val de Grace) acerca de una herida de la vena femoral tratada con éxito por la sutura. Se trata de una cuchillada de 1 1/2 centímetros, en la base del triángulo de Scarpa, que fué cerrada dos horas después del accidente, por una sutura y curó

sin consecuencias. El herido, al décimo-sexto día, andaba sin claudicación ni edema. La operación data de cuatro meses.

La toracoplastia extra-pleural en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar = = = = =

Los doctores J. M. Bartrina y J. Puig y Sureda publican a este propósito un hermoso artículo en *Los Progresos de la Clínica*, y del cual tomamos lo referente a las indicaciones de esta intervención quirúrgica:

«La unilateralidad de las lesiones constituye, conforme es fácil adivinar, la indicación fundamental del método colapsante y por tanto de la toracoplastia. Verdad es que la tuberculosis pulmonar es generalmente una afección bilateral, y esto restringe mucho el número de casos tratables; pero no es menos cierto que las lesiones de cada lado no son siempre del mismo grado, y ni siquiera simétricas. La indicación ideal para la colapsoterapia la ofrecería un enfermo que tuviera lesiones cavitarias avanzadas de un lado y presentase el pulmón opuesto sano. A defecto de este caso tipo, el método es aplicable siempre que el otro lado, aunque no sano, lo esté prácticamente, esto es, siempre que las lesiones no ocupen más que parte del lóbulo superior del pulmón y no presenten señales de reblandecimiento. Aun así se hace necesario conocer la evolución de la enfermedad y sobre todo el ritmo que han seguido los fenómenos de agravación del proceso pulmonar.

No podemos entrar en la discusión de las indicaciones particulares del método colapsante. Para el pneumotórax artificial son éstas múltiples y difíciles de precisar. Baste decir que el método puede manifestarse útil en los diferentes períodos de la tuberculosis del pulmón, como lo demuestran, entre otros hechos, sus brillantes éxitos en los casos de hemoptisis grave de

procedencia unilateral. (Consúltese para este capítulo el excelente trabajo del doctor Raventós: «Indicaciones y contraindicaciones de la formación de un pneumotórax artificial en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar»). Pero para lo que particularmente nos interesa para la toracoplastia, las indicaciones son mucho más precisas y generalmente nos vienen los casos mandados por el médico internista o por el tisiólogo, calcados unos sobre otros, es decir, que las indicaciones recaen en una misma categoría de enfermos.

Debemos afirmar desde luego que, en términos generales, la toracoplastia casi no vive más que de las contraindicaciones ó mejor dicho de las exclusiones del pneumotórax, esto es, de aquellos casos en los que el método colapsante está indicado, pero no pueden tratarse por un pneumotórax, por existir una pleurosíntesis extensa ó total.

Hace falta también que dichos enfermos no tengan focos metastásicos ó lesiones activas fuera del aparato respiratorio, de difícil tratamiento (tuberculosis laríngea, intestinal, etc.), y que su edad no traspase ciertos límites (Sauerbruch). Los que pasan de treinta y cinco o cuarenta años presentan pocas resistencias y la tendencia a la regeneración de los tejidos se encuentra en ellos disminuída. En los menores de quince años, la toracoplastia puede ir seguida de una escoliosis muy acentuada. Creemos, no obstante, que frente á la importancia de una indicación urgente y bien establecida, pueden restringirse los límites de estas contraindicaciones.

Repetimos que una de las más importantes indicaciones de la toracoplastia la proporciona el hecho de que no pueda practicarse un pneumotórax suficientemente extenso. Con efecto, es éste inconmensurablemente más leve, y asegura en una proporción no equiparable con la resección costal, la posibilidad del reintegro de las porciones sanas del pulmón colapsado.

Dr. Bandragen.



DE TUBERCULOSIS

NOTA PREVIA

A poco que nos detengamos a observar el movimiento científico de estos primeros años del siglo xx, veremos resaltar como característica, dentro del campo de la Medicina, una *labor de revisión* a la luz de las modernas adquisiciones de muchos puntos que se consideraban como perfectamente conocidos y de múltiples hechos, cuya interpretación se estimaba acertada y definitiva.

Los fenómenos anafilácticos, tan acertadamente investigados por Richet, los trascendentales estudios de Abderhalden, sobre la especificidad de los fermentos desdobladores de la molécula albuminóidea llegada a la sangre anormalmente, la *quimioterapia* de Ehrlich, el más profundo conocimiento de la química bacilar y de las defensas del organismo contra el microbio, las investigaciones que se llevan a cabo para aclarar el interesante funcionalismo del sistema endocrino, y, ya dentro de la fisiología, el saprofitismo del bacilo de Koch, demostrado por nuestro Ferrán, y la atrevida afirmación del doctor Mary referente a la síntesis de dicho bacilo, son cuestiones que han hecho variar conceptos fundamentales de Patología general, dando el matiz que hemos asignado a la época actual, época de remoción de la ciencia, creada desde Pasteur a nuestros días, época demoledora, como lo han sido a través de la Historia todas aquellas de revisión y análisis, al final de la que un nuevo edificio quedara erigido, más espléndido, más sólido, pero no inmutable, porque el progreso es indefinido y no tendrá nunca fin el laborar humano en busca de la Verdad.

No es dentro del campo de la tuberculosis donde menos se experimenta esta remoción de conocimientos. Una autoridad en la materia, como lo es el Dr. J. Chavás (*Revista de Higiene y de Tuberculosis*) al examinar la forma en que se desarrolla la actual lucha contra la tuberculosis, llama la atención sobre su ineficacia, y dice ser preciso cambiar de sistema, modificar el plan de campaña; prueba afirmativa de la crisis que atraviesa el concepto actual de la etiología, patogenia y terapéutica tuberculosas.

Sirva, pues, la presente *nota previa* de justificante a la acogida que en estas páginas tendrán algunas de estas cuestiones que van señalando las orientaciones y rumbos nuevos, que, si hoy no son de aplicación práctica inmediata, lo serán con el transcurso del tiempo.

M. J. Alcrudo.

La síntesis del bacilo de Koch, por los doctores Alberto y Alejandro Mary, París

Los descubrimientos actuales del doctor H. Charlton Bastian, obligan a seguir una orientación nueva en la cuestión del origen de los microbios.

En soluciones salinas apropiadas, bien estériles, ese sabio ha revelado la aparición, *de novo*, de corpúsculos de materia viva, evolucionado en bacterias, tómulas, micelium y micrococus. De ello deduce que los microbios de las enfermedades llamadas infecciosas no se transmiten solamente en el organismo por contagio, sino que son susceptibles de formarse de nuevo en las células organizadas.

La síntesis del bacilo de Koch, en 1912 (1), confirma enteramente esas ideas del sabio inglés, síntesis que ha sido objeto de más de 200 experiencias (2).

El bacilo tuberculoso sintético se obtiene inoculando tuberculina del Instituto Pasteur, sin bacilo alguno, en glicerofato de sosa, buen medio de cultivo del b. de Koch.

Al examen microscópico ese bacilo de Koch sintético ha sido confundido con bacilos verdaderos por especialistas pertenecientes al más afamado Instituto bacteriológico de París.

Ese bacilo es ácido-alcoholo-resistente. Es cultivable en diversos medios, sobre todo en patata glicerinada.

Inoculado con su medio de cultivo determina accidentes tuberculosos en el cobaya.

La concepción experimental del bacilo de Koch, considerada como producción *de novo* en el seno de las células enfermas—concepción confirmada por los cultivos de los tubérculos hechos por el Dr. Héctor Grasset—, es de naturaleza suficiente a

proyectar luz muy viva en el estudio del proceso de la infección tuberculosa (1).

Efectivamente, esa clase de experimentos ha provocado en París una febril actividad bacteriológica tras de los esfuerzos por nosotros reiterados desde hace algunos años. Nuestras experiencias de síntesis bacteriológica, de mucha más precisión que las del Dr. Charlton Bastian, inician un nuevo modo de ser de la bacteriología.

Por dichos trabajos creémonos obligados a considerar el bacilo de Koch como un corpúsculo figurado que resulta de la formación de toxialbúminas especiales en el organismo, después de la reacción de esas toxialbúminas sobre los medios del organismo o sobre los del cultivo.

Se puede reproducir experimentalmente ese proceso.

Nosotros solamente hemos realizado ese trabajo de síntesis en lo que concierne al bacilo de la tuberculosis. Mas, numerosos médicos, muy reputados por notables trabajos, como el Dr. Query que desde hace años se ocupa en la investigación del microbio de la sífilis, nos animan a preparar las toxinas de otros microbios llamados patógenos y ver si se les puede sintetizar por la acción de toxinas en los medios de cultivo.

Los microbios son, sí, elementos figurados, pero de una naturaleza por completo diferente de aquella que les atribuye la opinión corriente. Pueden ser causas *secundarias, ocasionales*, de enfermedad, puesto que transportan toxinas. Pero no son ellos la causa primera. Son, si se quiere, *los testigos* de la enfermedad. Su presencia conserva gran valor desde el punto de vista diagnóstico, pero no tiene ninguno en cuanto a las indicaciones hechas desde el punto de vista curativo.

Los microbios, reducidos a sus proporciones exactas, y motivando investigaciones de interés, es cosa que no tiene nada de sorprendente para aquellos que como

(1) Los más recientes estudios sobre el bacilo de Koch sintético, se han realizado en París, en el laboratorio Daumesnil, en el que M. Théo Epailly, farmacéutico y exinterno de los hospitales, ha podido exponer a numerosos bacteriólogos tan interesantes investigaciones.

(1) *La synthèse d'1 bacille de Koch*, por A. et A. Mary. París, Rousset editeur. 1912.

(2) *Investigaciones acerca de la expectoración tuberculosa*, por A. y A. Mary. *Revista de Higiene y de Tuberculosis*, Septiembre 1913.

los españoles o lectores de tal idioma, conocen las importantes investigaciones de los plasmólogos Herrera (de México) y Lecha-Marzo (de Madrid) (1).

Este último, especialmente, ha expuesto en varios trabajos, las considerables modificaciones que pueden ejercer ciertos reactivos sobre los elementos anatómicos. Y hoy no es temerario decir que los principales microbios nacen de esa manera.

(*Revista de Higiene y de Tuberculosis*, 28 Febrero 1914, Valencia).

Curación de la tuberculosis experimental del cobaya por bacterioterapia específica. Por el Dr. P. Mayoral, Madrid

La presente comunicación tiene por objeto dejar consignados algunos importantes hechos experimentales. No se trata de un trabajo acabado; es un avance que creemos conveniente publicar, pues por referirse a la tuberculosis, enfermedad de evolución lenta, han de transcurrir algunos meses antes de que sea posible presentar un trabajo completo; y siendo la tuberculosis sujeto de estudio de muchos investigadores, pudiera ocurrir que durante dicho plazo aparecieran publicaciones en las que se describieran hechos semejantes a los observados por nosotros, y les privaran de su originalidad.

* *

La tuberculosis experimental del cobaya provocada por la inoculación subcutánea de productos tuberculosos humanos, es, por la seguridad con que se produce y la constancia de las etapas que recorre la enfermedad, para terminar fatalmente con la vida del animal en plazo que nunca excede de tres meses, no sólo el procedimiento más exacto para descubrir la presencia del virus tuberculoso, sino también el mejor, por ser el más riguroso campo de experimentación para los métodos que sea capaz de prevenir o curar la tuberculosis experimental del cobaya, debe repu-

(1) Respecto a formaciones artificiales y apariencias de realidad que la técnica micrográfica proporciona, es muy recomendable la lectura del trabajo del profesor García Solá «*Oregolierias histológicas*» (*Gaceta Médica Catalana*, Nobre. 1913).

tarse, pensando lógicamente, como provisto de real y poderosa eficacia.

Los estudios de quimioterapia de la tuberculosis con los compuestos de cobre, que realizamos hace año y medio, y que fueron expuestos en una de las Sesiones de la Liga popular contra la tuberculosis, en Octubre de 1912, demostraron plenamente la anterior afirmación; el fracaso de este tratamiento en la tuberculosis del cobaya, nos permitió pronosticar su inutilidad en la tuberculosis del hombre, cuando eminentes clínicos que lo estaban experimentando tenían de su eficacia una favorable impresión.

* *

Nuestros estudios de bacterioterapia específica de la tuberculosis, se han hecho con una mezcla de cultivos puros en medio líquido, homogéneos, de tres variedades de bacilo de Koch humano, aisladas por nosotros de los esputos, siguiendo el procedimiento clásico.

Estos cultivos, después de un mes de desarrollo en la estufa a 37°, fueron tratados por el cloroformo en la proporción de 0.75 c. c. por ciento, y diez días después, por el fenol al 0.5 c. c. por ciento y el calor a 55° durante una hora. De este modo preparamos la *vacuna tuberculosa viva*, pues sembrando 1 c. c. de ella en un matraz de caldo glicerinado, se obtiene el desarrollo del bacilo de Koch.

Hemos preparado también una *vacuna tuberculosa muerta*, con solo repetir tres días sucesivos la expresada acción térmica, sobre la *vacuna tuberculosa viva*.

El hecho de no destruirse la vitalidad del bacilo de Koch, por la acción de los citados antisépticos y el calor a 55° durante una hora, es una prueba a favor de la existencia de esporas en esta especie microbiana, asunto del que bajo distinto punto de vista, nos hemos ocupado en otro trabajo.

Tanto la *vacuna tuberculosa viva*, como la *muerta*, examinadas al microscopio, previa tinción por el método de Ziehl, se ve que contiene numerosísimos b. de Koch típicos, perfectamente teñidos, aislados unos de otros en individuos o pequeños montones.

Estas vacunas, sometidas a la acción aglutinante del suero de personas sanas, dan abundante precipitado en forma de copos, con diluciones de suero superiores al 1×250 .

En otro trabajo que publiquemos sobre bacterioterapia de la tuberculosis daremos detalles sobre la preparación del medio de cultivo líquido en que sembramos el b. de Koch para obtener la vacuna.

* *

Cita a continuación los experimentos efectuados en 16 cobayas.

* *

Después de reproducir lo que los tratados clásicos de Bacteriología dicen de la tuberculosis experimental del cobaya, termina así:

En vez de examinar una por una nuestras observaciones, haciendo los comentarios que lógicamente de ellas se deducen, preferimos abreviar, y suprimiendo los razonamientos que a los hechos las encadenan, presentar las siguientes conclusiones provisionales:

1.^a El b. de Koch tiene formas de resistencia que le permiten reproducirse después de sufrir acciones antisépticas suficientes para destruir los gérmenes no provistos de esporas. El b. de Koch es una especie capaz de formar esporas que, a juicio nuestro, son los gránulos que se tiñen por el procedimiento de Much, y por el de Ziehl modificado por nosotros. Esta modificación consiste en trazar durante cinco minutos con el líquido de Lugol las preparaciones teñidas con la fuchina, antes de decorarlas con el ácido nítrico al $\frac{1}{3}$ o al $\frac{1}{4}$ y el alcohol absoluto.

2.^a La vacuna tuberculosa viva y la muerta, carecen de toxicidad para el cobaya tuberculoso; este hecho establece profunda separación entre los productos preparados por nosotros y las tuberculinas conocidas hasta el día.

3.^a La v. t. v. produce abscesos en los sitios en que se inyecta, abscesos que se curan solos, y no sólo no se tuberculiza el animal, sino que provoca en él una inmu-

nidad utilizable en terapéutica. La v. t. m. se tolera perfectamente; no produce abscesos en los sitios en que se inyecta.

4.^a De siete cobayas (núms. 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11) tratados con la vacuna tuberculosa viva cinco sobrevivieron más de un mes a los testigos no tratados (núms. 12 y 13). Tres viven en el momento de escribir este trabajo; y de los dos que han muerto, uno de ellos (núm. 9) estaba curado, pues no tenía tubérculos en ganglios y vísceras, y el otro (núm. 8), se encontraba en estado relativamente satisfactorio; tenía tuberculosis ganglionar y algunos tubérculos en el bazo y el hígado, pero no en los pulmones.

5.^a La v. t. m. a dosis débiles, ha producido notable mejoría del estado de las lesiones de inoculación del cobaya (número 15), a pesar de ser de menor talla que el testigo, y haberse inoculado con doble cantidad de material tuberculoso.

Creemos que los resultados alcanzados por nosotros en el tratamiento de la tuberculosis del cobaya, no han sido superados por ningún investigador; esto nos obliga a continuar nuestros estudios, con la esperanza de poder publicar pronto un trabajo completo que nos autorice para ensayar nuestro método en el tratamiento de la tuberculosis humana.

Como se dice al comienzo, estos trabajos han sido hechos en la Sección de Bacteriología del Laboratorio Municipal de Madrid y con la colaboración del Dr. Lobo. Al Director del Laboratorio, Dr. Chicote, agradecemos que nos haya encargado la ejecución de estos estudios, sus consejos y decidida protección, pues ha puesto a nuestra disposición los medios necesarios para realizar nuestros planes; al Jefe de la Sección Dr. J. Madrid Moreno y a los Profesores Dres. Remis, Estébanez y Utaude, debemos la insensible pero real colaboración que representa la observación simultánea de los hechos y las conversaciones dirrias sobre los experimentos y sus resultados.

Madrid, Enero de 1914.

(Policlínica, Febrero 1914).



GINECOLOGÍA

LA ELECTRICIDAD EN GINECOLOGÍA

Sin hacer caso alguno de la exagerada frase de Keith que aseguraba, hace algunos años, era *un crimen someter una enferma a la histerectomía sin haberla sometido antes al tratamiento eléctrico*, bien puede sentarse la afirmación de que la electricidad, como tratamiento en determinados procesos ginecológicos, ha producido y produce sorprendentes efectos. Muchas histeralgias y ovarialgias, algunas dismenorreas y algunas estrecheces, bastantes hipertrofias y desviaciones, determinados tumores, han sufrido notable modificación bajo una u otra forma de electricidad. Todo consiste en precisar cuáles enfermedades se dejarán influir por la corriente eléctrica y cuáles no, qué clase de corrientes deberán emplearse en cada caso particular, si habrá que utilizar los efectos de la distinta tensión y de la diversa frecuencia de la faradización, o habrá que aprovechar los efectos electro-químicos o interpolares de la corriente galvánica.

Como no pretendo hacer un estudio detallado del tratamiento eléctrico en las enfermedades del aparato genital femenino, sino únicamente una síntesis de lo que la electricidad supone en ginecología, diré breves palabras acerca del instrumental apropiado, técnica de su empleo, diversos efectos que las corrientes eléctricas producen, procesos en los que está indicado este tratamiento y enfermedades en las que existe contraindicación.

Por lo que hace al instrumental, las casas constructoras de aparatos eléctricos hacen completas y económicas instalaciones adecuadas a este objeto: pilas montadas por sus polos opuestos y en número suficiente para poder obtener intensidades de alguna consideración; un reostato interpuesto en el circuito para graduar la corriente, un reóforo cutáneo y otro uterino; eso es todo. Generalmente, las pilas son Leclanché (se necesitan unas 40 para poder obtener intensidades hasta de 250 miliamperios); el reóforo cutáneo, de metal forrado de fieltro grueso, y el uterino, de carbón de retorta o platino, con objeto de que no se altere por los ácidos.

Por lo que respecta a la técnica de las corrientes, ninguna dificultad se ofrece nunca. Colocada la enferma en la posición vulvar ordinaria, con las ropas muy flojas, se humedece el reóforo cutáneo en una solución tibia de cloruro sódico y se aplica sobre la región hipogástrica. Con el auxilio de un espéculum Collin (*es el que empleo casi siempre*), se introduce el reóforo intrauterino hasta el fondo del útero. Se establece la corriente, se aprecia con el reóstato la cantidad, se hace durar la sesión ocho o diez minutos, se invita después a la enferma a descansar unos momentos y se le aconseja guarde durante el día el mayor reposo posible. Debo advertir que las precauciones antisépticas son de rigor y que las sesiones deben repetirse dos veces por semana, tres a lo más, respetando siempre los períodos menstruales. Cuando por procesos especiales (miomas que obstruyan el conducto cervical, por ejemplo), no sea posible introducir el reóforo intrauterino a través del cuello de la matriz, se puede hacer la electro-puntura clavando un pequeño trócar en el sitio más prominente del tumor que obstruya el canal cervical. Casi siempre sucede esto en tumores que, al llenar la pelvis, ocultan el cuello uterino.

Pasando a tratar de los efectos de las corrientes eléctricas, hay que distinguir las galvánicas de las farádicas.

En las corrientes galvánicas, las más comúnmente empleadas, podemos utilizar sus efectos electro-químicos y sus efectos interpolares; unos y otros dependen de la intensidad y duración de la corriente: más de ésta que de aquélla, en los primeros; más de aquélla que de ésta, en los segundos. El cuerpo humano, verdadero cuerpo

electrolítico, al dejarse influir por la galvanización, hace que al polo positivo vayan a parar el oxígeno y ácidos análogos, y al polo negativo acudan el hidrógeno y análogas bases. Fácilmente se comprende, pues, que todos aquellos tejidos existentes entre los dos reóforos han de sufrir: 1.º, una acción alterante molecular que ocasiona una serie de combinaciones y descomposiciones en el espesor de esos tejidos; 2.º, los efectos que producen los cuerpos que quedan libres en la región del polo correspondiente y que el ginecólogo aprovecha según los casos. En cuanto a los fenómenos interpolares (que si bien se sabe dependen de la intensidad, se ignora en virtud de qué causa se realizan), se traducen por aumento de la temperatura, por degeneración de la fibra muscular y por atrofia de la misma.

También las corrientes galvánicas dejan sentir sus efectos sobre los músculos, sobre los nervios y sobre los vasos, provocando en los primeros contracciones, ejerciendo sobre los segundos una acción tónica y sedante y produciendo en los terceros hiperemia intensa y vaso-dilatación.

Respecto a las corrientes farádicas que obran principalmente sobre la sensibilidad muscular, producen efectos analgésicos si son de alta tensión y gran frecuencia; provocan contracciones (que pueden llegar hasta el tetanismo), si son de baja tensión y pocas interrupciones. Además producen dilatación vascular que se traduce por hiperemia, razón por la que algunos las emplean como revulsivo.

Recordando bien todos estos efectos que las distintas corrientes producen, fácil ha de ser a todo médico el establecer las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento eléctrico en el proceso ginecológico por él diagnosticado. ¿Se trata de una histérgia o de una dismenorrea dolorosa? Hay que calmar el síntoma dolor. Estarán indicadas las corrientes farádicas de frecuencia grande y tensión alta. ¿Es una hipertrofia lo que se quiere corregir? Habrá que aprovechar los efectos interpolares de las corrientes galvánicas. ¿Es una cauterización lo que se quiere hacer? Recordemos que los ácidos producen una escara seca y las bases una escara blanda, y aprovechemos los efectos electro-químicos de la corriente galvánica, manejando uno u otro polo, esta u otra substancia, una u otra intensidad, poca o mucha duración. ¿Hay que hacer hemostasia? Pongamos dentro el polo positivo. ¿Hay que provocar congestión? Sea el interno el polo negativo. ¿Se trata de una enferma histérica o neuro-artrítica? Tengamos cuidado con la intensidad de la corriente por la intolerancia que puede existir. ¿Está la mujer embarazada o se sospecha que pueda estarlo? Abstengámonos del tratamiento eléctrico. ¿Hay una infección aguda o subaguda? Contraindicación en absoluto. ¿Se trata de un proceso crónico, pero de origen microbiano? Aunque algunos achaquen a las corrientes eléctricas efectos bactericidas, lo mejor que puede hacerse es no emplearlos en casos semejantes.

Supongamos que el ginecólogo se encuentra en presencia de una endometritis crónica. Deberá emplear la electrolisis como agente curativo y modificador. Pero no con intensidades de 200 miliamperios, por ejemplo, que destruyendo la mucosa podrían llegar hasta la obliteración del útero, sino con intensidades de 50 a 60, para producir una profunda modificación. Deberá emplear asimismo un reóforo de plata o cobre que, al descomponerse en contacto de los ácidos libres del polo positivo, formará sales de plata o cobre que infiltrarán los tejidos a mayor o menor profundidad. Total: que en las endometritis crónicas de origen no específico, con corrientes galvánicas, dos veces por semana, un reóforo intrauterino de plata, y 50 miliamperios de intensidad, se obtendrá la curación, en un buen número de casos, con sólo 10 ó 12 sesiones. Es un tratamiento que, si no tan eficaz como el raspado, muchas veces, infinitamente superior a cuantos tópicos puedan emplearse.

Supongamos que se trata de un caso de metritis intersticial crónica. En pocos estados producirá la electrolisis mejores ni más sorprendentes resultados. Una corriente de 30 miliamperios de intensidad y de seis minutos de duración, dos sesiones a la semana, y el polo positivo en el útero, curarán la enfermedad en el 98 por 100 de los casos. Desde la primera sesión se nota ya la descongestión de la matriz y la disminución de los dolores.

En los casos de estenosis cervical, sobre todo si es congénita, puede emplearse la electrolisis, colocando el polo negativo en el conducto cervical, con lo cual veremos desaparecer la dismenorrea mecánica intensa que acompaña a dichas estenosis, al final de la quinta o sexta galvanización de 15 a 20 miliamperios. Claro está que cal-

maremos la dismenorrea, sin conseguir nada en beneficio de la estrechez. Algo más resultado nos dará, en cambio, en las hipertrofias del cuerpo uterino, si recordamos los efectos de esta forma de tratamiento eléctrico. Y otro tanto digo de las atrofas uterinas que no sean debidas a estados generales tróficos, ya que en ellas no cabe tratamiento alguno local.

Por lo que respecta a las desviaciones y dislocaciones uterinas, únicamente en las anteflexiones evolutivas produce verdaderos resultados la galvanización; pues al provocar contracciones del órgano, le obligan a una verdadera gimnasia, queda expedito el conducto cervical, se corrigen la dismenorrea y la esterilidad, y se realiza la concepción en un buen número de casos.

Por lo que atañe a los tumores del útero, únicamente en el cáncer y en el mioma produce la electricidad notables resultados. Claro está que sólo sirve para calmar el dolor en el primero, y que nada más es útil en el segundo, a condición de que sea intersticial. La corriente continua de 40 miliamperios, dos veces por semana, con el polo positivo en el cuello neoplástico, sirve para calmar los intensos dolores de la desgraciada cancerosa de matriz. Y la galvano-caustia intrauterina, de 100 miliamperios de intensidad, dos veces por semana, en sesiones de 8 minutos de duración, y con el polo positivo dentro del útero, sirve para cohibir las metrorragias, calmar los dolores, y disminuir el volumen del mioma. He de advertir que, cuando a consecuencia de una desviación del órgano o de la existencia de un fibroma dentro de su cavidad no puede pasar el histerómetro, es el polo negativo el que debe introducirse en el útero; y que cuando se trata de miomas que obstruyen el conducto, hay que recurrir a la ocupuntura. Y he de advertir también que, cuanto mayor dependencia tiene el tumor con el útero, tanto más conviene la electricidad; pues al activar la circulación y contraer la matriz, se descongiona el mioma, se reabsorben los líquidos que lo infiltran, a la par que se calma el dolor, por la acción sedante de la corriente continua. Todos estos efectos que, unidos al tónico general, se advierten desde la segunda sesión, no se realizan nunca en miomas que no sean intersticiales, únicos o múltiples; ni aun en los que siéndolo, son tan grandes que traspasan el tamaño de una cabeza de feto.

Por lo que respecta a procesos anxiales, la electrolisis cumple muy buenas indicaciones en las hidro-salpingitis de poco volumen, en las que calma la dismenorrea y el dolor. En cambio, en las formas supuradas, despierta fenómenos febriles, agudiza los dolores y hasta provoca ataques de peri-salpingitis. En las formas infecciosas, tampoco tiene valor, pues no tiene la electrolisis acción microbicida alguna.

Por lo que hace a tumores de trompas, de ovario, de ligamento redondo, de tejido celular pelviano, etc., etc., no cabe más tratamiento que el quirúrgico. Y en todos los demás procesos de ginecología, distintos de los mencionados en el transcurso del artículo, tampoco se consigue nada notable con el tratamiento eléctrico.

Por todo lo cual, repito una vez más que, si la electricidad en ginecología no puede nunca hacer los milagros que pretendía Keith, es un tratamiento eficazísimo en determinadas enfermedades.

Antonio Martín Martínez.

REVISZA DE REVISZAS

La tuberculosis pulmonar y el aparato genital de la mujer = = = = =

Conocidas desde hace mucho tiempo las alteraciones producidas por la tuberculosis pulmonar en las funciones menstruales, hemos de exponer los resultados de trabajos más recientes sobre este particular.

Lo mismo en niñas que aun no reglan, que en mujeres ya regladas, que en menopáusicas, deja sentir sus efectos la tuberculosis pulmonar. En las primeras, provocando un retardo o un adelanto muy marcados de la menstruación, retardo casi siempre (en algunas no se establece nunca); en las segundas, dando lugar a irregularidades menstruales, amenorreas, metrorragias, ataxias ováricas y dismenorreas; en las terceras, provocando casi siempre menopausias prematuras.

¿Cuál es la patogenia de estas alteraciones menstruales en las tuberculosas?

En las niñas, en las que las reglas no se establecen nunca a causa de la tuberculosis, cabe pensar en una hipoplasia de la matriz, causada por las toxinas. Las amenorreas, dismenorreas, metrorragias, etcétera, etc., dependerán de las reacciones de los órganos genitales contra las toxinas. Si éstas dejan de ser segregadas, podrán desaparecer los fenómenos locales. De modo que la patogenia de las alteraciones menstruales no obedece a la localización pulmonar de la tuberculosis, sino a su acción como enfermedad general.

La tuberculosis pulmonar tiene marcada influencia sobre el sentido genésico. Casi siempre está debilitado. En mujeres histéricas o en formas febriles en que se sobreexcitan los centros nerviosos, puede ocurrir alguna vez la exaltación genésica.

La influencia de la tuberculosis en el estado puerperal depende de la gravedad de la lesión. Si la tuberculosis es grave, provoca con frecuencia el aborto o el parto prematuro. Si la tuberculosis es poco avanzada, tiene escasa influencia sobre el embarazo. Las causas de interrupción del embarazo son casi siempre debidas a la tos, a trastornos circulatorios, a lesiones placentarias, etc.

(De la *Clinica Castellana*. Febrero de 1914. Artículo del Dr. Galup. Traducción de Pedro Zuloaga.)

Resistencia del gonococo a las bajas temperaturas

El Dr. Roux presentó la siguiente comunicación de los doctores A. Lumiere y J. Chevrotier:

Los bacteriologistas admiten unánimemente que el gonococo pierde su vitalidad con una extrema facilidad; todos los tratados clásicos afirman que un pus blenorragico conservado durante 24 horas en un tubo de vacuna es estéril y que el desarrollo de los cultivos de este microorganismo queda definitivamente detenido al permanecer algunas horas en la nevera a 0°. Admítase también que los cultivos del diplococo de Neisser mueren en quince días o tres semanas y que su sembramiento en

serie viene a ser rápidamente negativo.

¿No debe parecer extraño también el contraste de esta sensibilidad del gonococo al enfriamiento, al paso que otros microorganismos resisten perfectamente a las más bajas temperaturas?

Esta resistencia al frío ha sido demostrada, en efecto, en la mayor parte de las especies microbianas patógenas, por numerosos experimentadores, por Pasteur en 1861, después por Von Frisch, Gibier, Picquet y Yunc, D'Arsonval y Charrin, Mitchell, Fraenckel, Prudden, Allan, Macfadyan, etc.

Preguntábamos nosotros si la excepción notada hasta aquí en cuanto al gonococo no sería sencillamente el resultado de la insuficiencia de los métodos de cultivo y a dicho efecto, hemos establecido una serie de experiencias utilizando nuestro nuevo medio a base de mosto de cerveza eminentemente adecuado para el desarrollo del microorganismo que nos ocupa.

Nueve razas diferentes de gonococo procedentes de uretritis agudas y crónicas, desde el segundo hasta el décimo quinto pasaje han sido mantenidas durante 48 horas en el frigorífero entre -17 y -20.

Al deshielo estos cultivos han producido sembramientos todos ellos positivos.

En otra serie de ensayo, el enfriamiento a -20° ha sido prolongado durante 10 días sin que los microbios hayan sufrido en modo alguno por este tratamiento.

Por fin, hemos puesto otro lote de cultivos en el azoe líquido a 195° bajo 0 y después de permanecer 24 horas en esta temperatura hemos notado, por medio de nuevos sembramientos, que el diplococo había conservado toda su vitalidad.

Desde hace varios meses, unos cultivos en serie, dejados durante días enteros a la temperatura ordinaria no han perdido nada de sus propiedades iniciales morfológicas ó micro-químicas.

La virulencia de los cultivos sometidos a estas influencias térmicas está en estudio y constituirá el objeto de un próximo trabajo.

Dr. Martin.

(Academia de Ciencias de París. Sesión del 12 enero 1914.)

PEDIATRÍA

INSUFICIENCIA TIROIDIANA BENIGNA

Es bastante frecuente, en el curso de las enfermedades infecciosas de la infancia o en la convalecencia de ellas, el observar un cierto número de síntomas que recuerdan el cuadro de la insuficiencia de la glándula tiroides, síntomas que, reunidos o separados, no tienen importancia alguna, bajo el punto de vista del pronóstico, si se saben interpretar; pero que, confundidos o mal interpretados, podrían acarrear gravísimos resultados.

El conjunto de síntomas a que me refiero es lo que se llama insuficiencia tiroidiana benigna.

Caracterízase dicha insuficiencia por un grupo de pequeños signos, siempre permanentes, y otro grupo de pequeños accidentes, esencialmente transitorios.

Entre los signos permanentes, llaman la atención una porción de trastornos nerviosos y digestivos y una modificación de los tegumentos más o menos acentuada. Tenemos, entre los primeros, la cefalea, trastornos intelectuales, caracterizados por retardo de la palabra primero y por dificultad en la asimilación de las ideas después; trastornos vaso-motores, que se traducen en enfriamiento y cianosis de las extremidades, y trastornos de los reflejos vexicales, dando lugar a la incontinencia de orina. Tenemos, entre los trastornos digestivos, anorexia pertinaz, sin causa gástrica alguna, y constipación. Y tenemos, entre las principales modificaciones tegumentarias, la obesidad y la falta de cabellos abundantes.

Entre los accidentes transitorios, también el sistema nervioso y los tegumentos son los que dan la voz de alarma ante el peligro de la mencionada insuficiencia. Los trastornos nerviosos se traducen por accesos de llanto, de cólera, de melancolía, quizá por vértigos, tal vez por ataques de violenta cefalea. Los trastornos tegumentarios se traducen por edemas localizados e indoloros, que tienen su sitio habitual en la región frontal, en la región malar o en los párpados.

El tratamiento de la insuficiencia tiroidiana benigna debe ser exclusivamente opoterápico, no olvidando que el sujeto enfermo ha de estar sometido a régimen lacto-vegetariano.

Dos formas hay de emplear la opoterapia tiroidiana, o la ingestión de glándula tiroides fresca, o la de los productos activos del cuerpo tiroides que la industria fabrica. La primera tiene casi tanta actividad como la segunda y no es tan peligrosa.

Cuando se emplea glándula tiroides fresca, conviene que sea procedente de carnero joven (las de buey, vaca y cerdo son menos preferibles) y que se asocie al caldo templado; no debe calentarse porque perdería sus propiedades. La dosis es de 0'20 centigramos hasta los siete años y de 0'50 centigramos hasta los quince años.

En el caso de emplear los productos industriales extraídos del cuerpo tiroides, puede echarse mano de la yodotirina, tiroidina, tirenina, etc., en pastillas, que pueden ser reducidas a polvo y mezcladas con un líquido apropiado. La yodotirina se usa a la dosis de 0'10 a 0'50 centigramos; la tiroidi-

na, a la de $\frac{1}{4}$ a 1 tableta de 0'10 centigramos. Las tabletas tiroideas de Cati-llón (contienen 0'25 centigramos de cuerpo tiroideas), a la dosis de $\frac{1}{4}$ de tableta, aumentando gradualmente hasta llegar a 2 como máximum. De las cápsulas tiroideas de Vigier et Huerre (contienen 0'10 centigramos de cuerpo tiroideas puro), de 1 a 2 al día.

Como esta segunda forma de tratamiento opoterápico puede dar lugar a accidentes, como fiebre, vómitos, diarrea, síncope y hasta muerte brusca, es necesario obrar con una prudente lentitud para no herir la susceptibilidad del niño. Por eso, para evitar efectos de acumulación, conviene hacer una interrupción de cuatro o cinco días, después de un tratamiento de seis u ocho, y al menor signo de intolerancia, suspender el tratamiento para reanudarlo algunos días después.

Otra de las cosas a tener en cuenta en el tratamiento de la insuficiencia tiroidiana benigna, es la necesidad de continuar durante muchos meses dicho tratamiento para obtener una curación real. Una vez obtenida, conviene continuar con una dosis de tratamiento relativamente débil, variable en cada caso; es la llamada ración de entretenimiento. Y conviene hacerlo así, porque de abandonar por completo el tratamiento tiroidiano después de la curación, si sobreviniese una recidiva, ésta será fatal casi siempre.

Francisco Cuenca.

REVISTA DE REVISTAS

Infecciones del ombligo

Dejando a un lado el tétanos del recién nacido, la erisipela, la gangrena y la arteritis y flebitis de origen infeccioso, enfermedades todas contra las que casi siempre es impotente toda terapéutica (y que afortunadamente son muy raras las veces que se dan), hay otras varias, poco frecuentes también, pero de cuyo tratamiento depende el éxito o el fracaso. Me refiero a la infección del cordón por putrefacción primitiva del mismo, al flemón, al glanuloma, a las fungosidades y a la ulceración del fondo del ombligo.

Para combatir la infección consecutiva a la putrefacción del cordón, basta seccionar éste a nivel del ombligo y curar después con compresas mojadas en agua oxigenada.

El tratamiento del flemón se reduce a compresas húmedas antisépticas, dilatando tan pronto como la supuración tenga lugar.

El tratamiento del glanuloma, pequeño tumor rojizo, grueso, pediculado y productor de un líquido purulento, consiste en

seccionarlo a nivel del ombligo y dar después unos toques con nitrato de plata.

Otro tanto puede hacerse con las fungosidades.

Por lo que respecta a las ulceraciones simples del fondo del ombligo con supuración, deben ser tratadas con lavados de agua oxigenada.

Estridor laríngeo congénito

Con rara frecuencia y en los primeros meses de la vida, se han podido observar algunos casos de niños en los que la inspiración era fuerte, sonora, continua, persistente durante el sueño y aumentada cuando el niño estaba agitado. La expiración y la voz eran normales. El estado general era satisfactorio. La mayor parte de esos casos han tenido una curación espontánea hacia el fin del segundo año. Se trataba indudablemente de verdaderos espasmos laríngeos infantiles, de origen congénito, que, dentro de la alarma que producen, no tienen importancia alguna.

El tratamiento, preventivo siempre, se reduce a buena higiene alimenticia y a procurar evitar enfriamientos de todo género.

Dr. Cuenca.

PROFESIONALES

NOTICIAS

Ha sido elegido senador del Reino por la Universidad de Zaragoza el Dr. D. Ricardo Royo Villanova, distinguido Catedrático de Patología y Clínica Médica de esta Facultad.

Le felicitamos cordialmente, como asimismo al Claustro Universitario, por su acierto en la elección.

* * *

Con este número recibirán nuestros lectores un prospecto del Suero Antiestrectocóico «Berna», sobre el cual rogamos fijen su atención.

VI Congreso de la Asociación de los médicos de lengua francesa en América del Norte = = = =

Tendrá lugar en Quebec del 31 de Agosto al 3 de Septiembre de 1914.

Ponencias.—«Los accidentes del trabajo en la provincia de Quebec».—Dr. Simard.

«La alimentación de los niños en la provincia de Quebec».—Dr. Jobin.

«Las nefritis».—Dr. Lecleres.

«Las aguas potables en la provincia de Quebec».—Dr. Bernier.

«Las curas de altura en la provincia de Quebec».—Dr. Ethier.

«Las aguas minerales en la provincia de Quebec».—Dr. Baril.

El doctor Triboulet, de París, dará en el Congreso una conferencia pública sobre «La higiene de los niños de pecho y de las crèches en particular».

El presidente general es Rousseau y el secretario Vallée.

Primer Congreso Español de Paidopatía = =

En Palma de Mallorca.
Fecha: 12 al 18 de Abril de 1914.
Inscripción, 20 pesetas.

Las inscripciones al señor presidente, doctor Andrés Martínez Vargas, Cortes, 604, 1.º

Secretario general, D. Antonio Alorda, Marina, 30, Palma de Mallorca.

Habrà una Exposición aneja al Congreso. El plazo de admisión de objetos termina el 30 de Marzo.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Agradecemos vivamente a cuantos periódicos y revistas se han ocupado de HOJAS MEDICAS, las frases de compañerismo, de elogio o de aliento que nos han dedicado. Son bastantes en número y calidad. Son los suficientes a hacernos olvidar el silencio de los que no quieren darse por enterados de nuestra existencia.

Hemos sido honrados con la visita de nuestro veterano colega, *El Siglo Médico*, con el que queda establecido el cambio.

Las acreditadas *Revista Médica de Sevilla* y *España Médica* nos favorecen así mismo con el cambio, que agradecemos.

La Revista de Higiene y de Tuberculosis, con tanto acierto fundada y dirigida por el Dr. J. Chabás, de Valencia, ha establecido con nosotros recíproca correspondencia.

L'Enfance Anormale, revue internationale mensuelle; abonnement: union postale, 12 frs. un an.

Le Journal Médical Française. Abonnement: Union postale, un an 12 frs. Dans toutes les librairies.

Agradecemos a *El Practicante Aragonés* las frases laudatorias que dedica a HOJAS MEDICAS en su número de Marzo.

Précis de Thérapeutique Clinique et de

Pharmacologie, par H. Zilgien, Pr. agrégé a la Faculté de Médecine de Nancy, 1914. Un vol. in 8.º, 564 pages, cartonne, 10 francos. A. Maloine, editeur.

Le Traitement de la Syphilis en Clientèle, par le Dr. H. Gougerot, Pr. egrégé a la F. de M. de París. 1914. Un vol. in 8 avec 72 figures en noir et en couleur y 12 planches hors-texte. 10 frs. A. Maloine, editeur.

Formulaire des médications nouvelles et des traitements nouveaux pour 1914, par le Dr. H. Gillet. 9.ª edición. Un vol. in 18 de 325 pages, avec figures, cartonne: 3 francos. Librairie, J.-B. Bailliere et fils, 19, rue Hautefenille, a París.

L'Enfant et son Médecin, Guide pratique de l'hygiène et des maladies de l'Enfance de 0 a 15 ans, par le Dr. Albert Ball. 1914. In 8.º cartonne; 400 pages, 6 frs. 50. A. Maloin, editeur.

Los Progresos de la Clínica.

Sumario del número 14. Febrero 1914:

I. La toracoplastia extrapleural en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, por los doctores J. M. Batrina y J. Puig y Sureda, de Barcelona.

II. Progresos en el estudio de la radiología del estómago, por el Dr. Hütner, de Marbug.

III. Casos clínicos:

- 1.º Carcinomatosis múltiple.
- 2.º Fibroma moluscoide.
- 3.º Elefantiasis nostras.
- 4.º Epitelioma de la nariz.
- 5.º Extensas quemaduras.

IV. Reseña de las sesiones de Academias y Sociedades médicas.

V. Revista de la Prensa.

VI. Barcelona médica.

VII. Bibliografía.

Sumario del suplemento:

I. Ventajas que ofrece la suscripción al periódico y mejoras en la Revista para 1914.

II. Disposiciones oficiales.

III. Noticias de interés general.

IV. Partidos médicos vacantes.

V. Correspondencia con los señores suscriptores.

Le Journal Médical français del 28 de Febrero de 1914. Este número está enteramente dedicado a «La parálisis general», y le acompaña, como de costumbre, un ejemplar de las *Consultas Médicas Francesas*, núm. 62, titulado «La sueroterapia antitética», por el Dr. J. Castaigne, fecundo y brillante periodista.

Damos las gracias por el cambio al estimado colega francés.

Agradecemos a *La Pediatría Española* la transcripción que hace del artículo del doctor Guallar Poza, titulado «Investigación de los cloruros en la orina de los variosos».

Guía LUX, edición 1914, conteniendo datos muy interesantes para los viajeros. Se reparte gratis.

CONCURSOS

Asociación de Alumnos

Internos de la Beneficencia provincial de Madrid.

Concurso científico organizado por esta Asociación en el curso de 1913 a 1914.

PRIMER GRUPO: *Para los estudiantes de Medicina de España.—Temas y premios:*

Tema I.—«Traumatismos medulares», del Dr. D. Julián de la Villa. (Premio de la Asociación, 100 pesetas).

Tema II.—«Anestesia local en Cirugía», del Dr. D. Laureano Olivares. (Premio, un estuche de Laringoscopia).

Tema III.—«Estudio de la ascitis», del Dr. D. Juan Medinaveitia. (Premio del Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación).

Tema IV.—«Inconvenientes del tratamiento hospitalario de los tuberculosos de pulmón y manera de evitarlos o disminuirlos hasta donde es posible», del Dr. D. Rafael del Valle. (Premio del Ilmo. Sr. Visitador de la Inclusa, D. Manuel de Carlos).

SEGUNDO GRUPO: *Para los internos aso-*

ciados de la Beneficencia provincial.—Temas y premios:

Tema I.—«Tratamiento médico-quirúrgico de las nefritis y sus resultados», del Dr. D. Adolfo de Castro. (Premio de la Asociación 100 pesetas).

Tema II.—«Patogenia y tratamiento de la septicemia puerperal», del Dr. D. Enrique de Isla. (Premio del Excmo. Sr. Decano Dr. D. Enrique de Isla. 50 pesetas).

Tema III.—«Orientaciones modernas en el tratamiento de la tuberculosis quirúrgicas», del Dr. D. José Goyanes. (Premio del Excmo. Sr. Ministro de Instrucción pública).

Tema IV.—«Concepto actual de la uremia y tratamiento de la misma», del doctor D. Jacobo López Elizagaray. (Premio del Excmo. Sr. Presidente de la Diputación provincial de Madrid).

Tema V.—«Diagnóstico y tratamiento de la pneumonía», del Dr. D. Baudilio López Durán. (Premio del Excmo. Sr. Gobernador civil).

Tema VI.—Libre. (Premios: 1.º, 100 pesetas de la Excmo. Diputación provincial de Madrid; 2.º, 50 pesetas del Ilmo. Sr. Visitador del Hospital provincial, D. Ramón Sáenz Lizana; 3.º, un termómetro Paquelin, de la Asociación).

Condiciones generales.

1.ª Todos los trabajos que se presenten deberán ser inéditos, originales, escritos en lengua castellana y con letra clara.

2.ª El plazo de la adquisición de los trabajos empezará el 1.º de Febrero y terminará a las doce de la noche del día 30 de Abril.

3.ª Los trabajos se remitirán al secretario general (Salas 33 y 34 del Hospital provincial, Santa Isabel, 52), en sobres cerrados, con un lema, y dentro otros sobres cerrados y lacrados, en que conste el nombre del autor, domicilio y Facultad donde cursa sus estudios.

4.ª En el primer sobre constará el número del lema y la sección a que corresponden los trabajos, para facilitar la misión del Tribunal juzgador. Entendiéndose que todo trabajo que no reuna estas condiciones será declarado nulo.

5.ª Los trabajos premiados se publica-

rán, a ser posible, por cuenta de la Asociación, quedando de su propiedad el original remitido.

6.ª Los autores premiados que no recojan su premio en el plazo de tres meses, a contar desde la publicación del fallo, se entenderá que renuncian a él.

7.ª Los trabajos no premiados estarán a disposición de sus autores durante tres meses, a contar desde la publicación del fallo. Entendiéndose que, de no recogerlos en dicho plazo, renuncian a ellos, y entrarán a formar parte de la Biblioteca de la Asociación.

8.ª A cada entrega o trabajo se dará un recibo o contraseña, para que después del fallo lo recojan los autores no premiados.

9.ª La Asociación concederá una Mención Honorífica, por cada tema, al trabajo que a juicio del Tribunal lo merezca.

10. El Tribunal estará constituido por dos profesores de la Beneficencia provincial y un médico libre, elegidos por votación entre los señores socios, y cuyo cometido desempeñarán en los meses de Mayo y Junio, en cuya fecha remitirán el fallo a la Junta directiva, haciéndose público en la primera Junta general.

11. El fallo del Jurado será inapelable.

Condiciones especiales.

1.ª Los autores de trabajos correspondientes a los temas del primer grupo, tanto asociados como no asociados justificarán su calidad de estudiantes de Medicina del período de la Licenciatura, haciendo constar en el primer sobre la firma del excelentísimo señor Decano de la Facultad a que pertenezcan y sello de ésta.

2.ª De los trabajos enviados por correo que no vengán certificados, no responde la Asociación.

3.ª Todo trabajo que se presente puede ser firmado por varios señores, siempre que estén en las mismas condiciones respecto al grupo.

4.ª Se pone en conocimiento de los señores socios que si el autor de algún trabajo premiado figurase en descubierto con la Asociación, será declarado nulo y el premio se otorgará a otro que a juicio del Tribunal lo merezca.

Advertencia.

Respecto a los premios de los excelentísimos señores ministros de la Gobernación e Instrucción pública, gobernador de la provincia de Madrid y presidente de la Diputación provincial de Madrid, así como el del Ilmo. Sr. Visitador de la Inclusa, se dará conocimiento de ellos en tiempo oportuno.

El Presidente, *José Luis y Espinosa*.—El Secretario general, *Julián Ortiz de Lanza y agorta*.

Real Academia de Medicina de Madrid. = = =

Esta Corporación abre concurso sobre los temas siguientes:

I.—«Estudio fisiológico de la alimentación de los obreros agrícolas de una región de España».—II. «Patogenia, diagnóstico, profilaxis y tratamiento de las fiebres tifóidea y paratífóidea.»

Para cada uno de estos puntos habrá un premio, un accésit y las menciones honoríficas que se acuerden.

El premio consistirá en 750 pesetas, medalla de oro, diploma especial y título de Académico corresponsal, que se conferirá al autor de la Memoria que no siéndolo anteriormente, reuniese las condiciones de reglamento.

El accésit será medalla de plata en igual forma, diploma especial y título de corresponsal, con las mismas condiciones.

La mención honorífica consistirá en un diploma.

Premios Alvarez Alcalá.—I. «Estudio higiénico de los espectáculos, especialmente el teatro y los cinematógrafos».—II. «Tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal.»

Para cada uno de estos puntos habrá un premio, un accésit y menciones honoríficas.

El premio consistirá en 500 pesetas, con la reducción a que obligue el cumplimiento de la legislación vigente sobre derechos reales de las personas jurídicas, diploma especial y título de Académico corresponsal; el accésit en diploma especial y título de corresponsal, y las menciones honoríficas en diploma especial.

Premio Martínez Molina.—«Histología normal y patológica de los ganglios sensitivos y simpáticos.»

Para esta cuestión habrá un premio, un accésit y menciones honoríficas.

El premio consistirá en 1.280 pesetas, con la reducción a que obligue la ley expresada, diploma especial y título de Académico corresponsal; el accésit en diploma especial y título de corresponsal, y las menciones honoríficas en diploma especial.

Premio Iglesias y González.—«Biografía de un médico español de los que más se han distinguido; o bibliografía española de alguno de los ramos de la Medicina, que se signifiquen por la novedad, autenticidad, abundancia de datos y crítica acertada.»

Para este asunto habrá un premio, un accésit y menciones honoríficas.

El premio consistirá en 500 pesetas, diploma especial y título de Académico corresponsal; el accésit en diploma especial y título de corresponsal, y la mención honorífica en diploma especial.

Premios Salgado.—Se conferirán dos premios de 1.500 pesetas cada uno, con la reducción expresada anteriormente, a los profesores que hayan contraído suficiente y mayor mérito por sus estudios y aplicación de las ciencias auxiliares a la Medicina, particularmente a la Hidrología, o por sus trabajos médicos, científicos o prácticos, durante los años de 1913 y 1914.

Premios Nieto y Serrano.—1.º «Cooperación de España al progreso de la Medicina durante el siglo XIX.»

Para los trabajos referentes a este tema se ofrece un premio, un accésit y menciones honoríficas.

El premio consistirá en 5.000 pesetas, con la reducción a que obligue la mencionada ley, diploma especial y título Académico corresponsal; el accésit en diploma especial y título de corresponsal, y las menciones honoríficas en diploma especial.

2.º «Avances de la Fisiología humana, debidos a la Psicología experimental.»

Para las Memorias referentes a este tema se ofrece un premio, un accésit y menciones honoríficas.

El premio consistirá en 1.000 pesetas,

diploma especial y título de Académico corresponsal; el accésit en diploma especial y título de corresponsal y las menciones honoríficas en diploma especial.

Premios Roel.—«Geografía o Topografía médica de un partido o de un término municipal de Asturias, con exclusión de aquéllos en que se hayan hecho trabajos de esta clase.»

Para dicho asunto se ofrecen dos premios y un accésit. Los premios consistirán en 1.500 pesetas cada uno, con la reducción anteriormente expresada, y el accésit en 500 pesetas.

Las Memorias premiadas se publicarán, si sus dimensiones no fueran excesivas, a juicio de la Academia, entregándose a sus autores 200 ejemplares; reservándose la Corporación la facultad de publicar o no las láminas o grabados que puedan acompañar al texto.

Según lo dispuesto por el fundador, se advierte la conveniencia de que las Memorias estén redactadas de un modo claro y conciso y que tengan un carácter eminentemente práctico; debiendo consagrarse en ellas un capítulo especial a la etiología de las endemias, epidemias y enfermedades comunes en cada localidad; fijando la atención en lo relativo al contagio, atmósfera, transmisión hereditaria de los gérmenes morbosos, y cuantos datos de esta clase se crean convenientes.

A estos premios podrán optar, no sólo los médicos que se hallen en el ejercicio de la profesión, sino los alumnos de la Facultad de Medicina de Universidad española.

Los trabajos se remitirán a esta Secretaría, hasta las cuatro de la tarde del 31 de Octubre del corriente año de 1914, con los requisitos señalados anteriormente, y los premios se entregarán en la sesión inaugural de 1915.

Premio Calvo y Martín.—Consistirá en la cantidad de 320 pesetas, con la reducción mencionada; pudiendo optar a él los médicos de partido, encargados de la asistencia de los pobres, con asignación que no pase de 1.000 pesetas, casados y con hijos.

Los aspirantes deberán escribir una Me-

moria, cuya extensión no baje de 30 páginas en 4.º, en la cual darán noticia de alguna epidemia que hayan asistido, con expresión del número de curados y de fallecidos, así como de la medicación que haya sido más provechosa; y, de no ser esto posible, describirán las enfermedades más notables a que hayan asistido con abnegación y espíritu de caridad, certificando de estas cualidades el alcalde y el cura párroco.

Las solicitudes, acompañadas de certificación del Ayuntamiento respectivo, en que se acrediten los extremos mencionados, y de la del cura párroco en su caso, extendidas en el correspondiente papel sellado, así como la indicada Memoria, se remitirán a la Secretaría de la Academia antes del 1.º de Diciembre del corriente año de 1914, y los premios se adjudicarán en la sesión inaugural de 1915.

No pueden aspirar a estos premios los que hayan obtenido otro igual en concursos anteriores.

Socorros Rubio.—Se adjudicarán en la sesión inaugural de 1916 los dos legados por el Dr. D. Pedro María Rubio, consistentes cada uno en la cantidad de 600 pesetas, con la reducción a que obligue la ley, a dos viudas o hijas mayores solteras de médicos rurales, que hayan ejercido la profesión en España por más de tres años, de una manera honrosa y recomendable, en las más pequeñas poblaciones o aldeas, y con las más cortas remuneraciones; prefiriendo a las de aquéllos que hayan sido víctimas de alguna epidemia.

Las interesadas no han de disfrutar pensión del Montepío.

Se recibirán hasta 1.º de Septiembre de 1915 las solicitudes, acompañadas de los documentos siguientes: Copia simple del título del profesor fallecido, certificación de su matrimonio y la de los alcaldes o Ayuntamientos que acrediten el tiempo que ejerció el causante la profesión en cada localidad, concepto que mereció, número de habitantes, dotación y obligaciones del cargo de titular y, a ser posible, sus utilidades por la asistencia de las familias acomodadas.

Donativos Melcior.—Se conferirán en la

sesión inaugural de 1915 los dos recibidos del excelentísimo señor inspector de Sanidad de la Armada, D. Carlos Melcior y Sendín, de 500 pesetas cada uno, en favor de dos viudas de médicos rurales, fallecidos por su abnegación probada en el cumplimiento de los deberes profesionales, y que no perciban emolumento alguno, hayan quedado en la más extrema pobreza, con mayor número de hijos menores de quince años, y sean más acreedores a los auxilios, a juicio de la Academia.

Se recibirán hasta el 1.º de Septiembre del año corriente de 1914 las solicitudes, extendidas en papel común y acompañadas de los documentos siguientes: Copia simple del título del profesor fallecido, certificación de su matrimonio con la solicitante, y otra de los alcaldes, en que se acredite la pobreza y el número de hijos menores de quince años, así como el tiempo que el causante ejerció la profesión, concepto que mereció, y si su fallecimiento fué ocasionado por epidemia o por su abnegación probada en el cumplimiento de los deberes profesionales.

Se advierte que la señora viuda que obtuviere uno de estos donativos no podrá solicitar otro igual hasta transcurridos tres años de la concesión del anterior; y que siempre se dará preferencia a las que reúnan iguales condiciones y no le hayan disfrutado.

Madrid, 2 de Enero de 1914.—El vicepresidente, *Francisco Cortejarena*.—El secretario perpetuo, *Manuel Iglesias y Díaz*.

Quedan excluidos de este certamen los socios numerarios de esta Corporación.

Las Memorias se dirigirán bajo sobre al presidente de la Sociedad y serán recibidas por la Secretaría general (Mayor, 1, Colegio de Médicos), donde se expedirá a quien lo solicite el correspondiente recibo de la entrega.

El concurso quedará cerrado el día 31 de Octubre de 1914, después de cuyo plazo no será admitida cualquier Memoria que se presente.

La Sociedad publicará oportunamente los lemas de las Memorias recibidas, así como el de aquella que la Corporación juzgue acreedora al premio. Este será públicamente adjudicado en la sesión inau-

gural del año 1915 al autor de la Memoria premiada o a quien para ello se presente debidamente autorizado.

Real Academia de Murcia

Con objeto de estimular el estudio de las Ciencias Médicas y cumpliendo con lo que preceptúan los estatutos, la Real Academia de Medicina de Murcia ha acordado abrir un concurso para premiar las Memorias que mejor desarrollen, a juicio de la Corporación, los siguientes temas: «1.º Distintos tipos de hipoclorhidria gástrica no cancerosa.» «2.º Cirugía de páncreas: sus indicaciones».

Se adjudicará un premio y un accésit a cada uno de los temas.

El premio será una medalla de oro, diploma especial y el título de académico corresponsal si no lo fuere el agraciado.

El accésit consistirá en diploma especial y el título de académico corresponsal en iguales condiciones que el anterior.

Las Memorias se dirigirán a la Secretaría de la Corporación, donde se expedirá a quien lo solicite el correspondiente recibo de la entrega.

El concurso quedará cerrado el 30 de Septiembre de 1914.

La adjudicación de los premios se verificará en la sesión pública del año 1915, abriéndose en el mismo acto los pliegos que deben contener el nombre del autor o autores de las Memorias premiadas e inutilizándose los de aquéllas que no hayan obtenido premio.

Sociedad de Pediatría de Madrid = = = = =

Premio del Dr. González Alvarez.—Este premio se concederá a la mejor Memoria que se presente acerca del tema: «Patocronia del raquitismo; su tratamiento profiláctico y curativo».

He aquí las bases:

1.ª Se concederá un premio, consistente en la cantidad de *doscientas cincuenta pesetas*, a la Memoria que, a juicio de un Jurado nombrado por la Sociedad, lo merezca, reservándose ésta el derecho de conceder dicho premio si las memorias presentadas lo mereciera.

2.ª Podrán optar al premio todos los médicos de España.

3.ª Los trabajos se presentarán en papel blanco, tamaño cuartillas españolas, escritas en castellano, con letra clara o a máquina, y sin que contengan más signos o notas que los que se relacionen con el tema.

4.ª Estos trabajos se encabezarán con un lema elegido por el autor, no se firmarán y se incluirán en un sobre blanco, en el que figurará el mismo lema; dentro de este sobre blanco irá otro opaco y cerrado, conteniendo en su interior el lema, nombre, apellidos y residencia de su autor.

5.ª Los trabajos se remitirán a la Secretaría general de la Sociedad de Pediatría de Madrid (Colegio de Médicos, Mayor, 1).

6.ª Las Memorias o trabajos premiados pasarán a ser propiedad de la Sociedad; los no premiados, sellados hoja por hoja, estarán a disposición de sus autores para recogerlos, en el plazo de un mes, al cabo del cual, si no han sido reclamados, se quemarán con el sobre, sin abrir, que contenga el nombre del autor.

7.ª El premio se hará efectivo en los *treinta días* siguientes al fallo, necesitando para ello, como justificante, un recibo en que conste el lema, nombre y apellidos del autor de la Memoria premiada.

8.ª El plazo de admisión de Memorias expira el día 30 de Junio de 1914, y el fallo del Jurado se dará a conocer en la primera sesión académica del próximo curso.

9.ª El fallo del Jurado calificador es inapelable.

Premio del Dr. Tolosa Latour.—Este premio se concederá al alumno de la Facultad de Medicina, matriculado en la asignatura de «Enfermedades de la Infancia», que mejor se ajuste a las condiciones siguientes:

1.ª Que haya probado asiduidad y celo en el cuidado de los niños enfermos o ejercido actos protectores, demostrando su afición a la especialidad.

2.ª Podrá ser a instancia propia o de sus compañeros de clase, teniendo en cuenta la pobreza del candidato.

3.ª Acompañará a la propuesta un breve trabajo sobre un tema de Pediatría,

siendo preferidos los que hayan sido objeto de discusión en la Sociedad, o mejor aún, una reseña razonada de las sesiones de la misma durante el curso.

4.ª El premio de *doscientas cincuenta pesetas* podrá dividirse en varios *accésits*, si a juicio de la Sociedad no reunieran por completo los aspirantes méritos absolutos, pero tratará de concederse en todo caso.

5.ª Las instancias y los trabajos se remitirán a la Secretaría general de la Sociedad de Pediatría de Madrid (Colegio de Médicos, Mayor, 1).

6.ª El plazo de admisión de instancias y trabajos expirará el día 30 de Junio de 1914, y el fallo del Jurado nombrado al efecto se hará público en la primera sesión académica del próximo curso.

7.ª Para recoger el premio, que se hará efectivo en el plazo de un mes de su adjudicación, es necesario la presentación de recibo firmado por el alumno premiado.

8.ª El fallo del Jurado calificador es inapelable.

VACANTES

COMPAÑERO SUSTITUTO.—La Administración de HOJAS MÉDICAS proporcionará sustituto a los compañeros que lo precisen.

La de Tabara (Zamora), villa de 1.018 habitantes, a 38 kilómetros de Alcañices, que es su partido judicial, y 44 de la capital, que es la estación más próxima, por ausencia, con el sueldo anual de 990 pesetas por la asistencia de 70 familias pobres, asistencia de heridos producidas por reos insolventes y reconocimiento de mozos en la clasificación de soldados, cuya cantidad cobrará del presupuesto municipal por trimestres vencidos. El agraciado puede tratar la asistencia facultativa con los vecinos pudientes, que serán 400, con la obligación de fijar su residencia en esta localidad. Solicitudes por treinta días. (*Boletín Oficial* del 4 de Marzo).—El Alcalde, *Cefirino Román*.

—La de Romanzado (Navarra), Ayuntamiento de 875 habitantes.—Domeño: lugar residencia del Ayuntamiento, con 123

habitantes, a 17 kilómetros de Aoiz, que es su partido judicial. La estación más próxima Noaín, a 30 kilómetros, con el sueldo anual de 1.000 pesetas, pagadas por trimestres vencidos por dicho servicio. Los aspirantes que habrán de ser doctores o Licenciados en Medicina y Cirugía, presentarán sus solicitudes en término de treinta días (*Boletín Oficial* del 6 de Marzo).—El Alcalde Presidente, *Celedonio Oroz*.

—La de Fuentestrún (Soria), por traslado del que la desempeñaba, se anuncia vacante la plaza de médico de este partido por término de quince días, compuesto de este como matriz y sus anejos Trébago, Valdelaguna y Montenegro de Agreda, con la dotación anual de 3.300 pesetas por las igualas y 200 por Beneficencia, cobradas las primeras en dos semestres de las comisiones responsables y la Beneficencia por trimestres vencidos de los respectivos Municipios. El anejo más distante de éste es de unos tres kilómetros de un camino inmejorable. Plazo de solicitud el arriba indicado a esta Alcaldía.—El Alcalde, *Teodoro Córdoba*.

—La de Castilfrío (Soria), lugar con Ayuntamiento de 247 habitantes, a 27 kilómetros de la capital, que es su partido judicial, y cuya estación es la más próxima. Los pueblos agregados tienen unos 500 habitantes con Aldealices, Aldealseñor, Cuéllar de la Sierra y Estepa de San Juan, distante el que más cuatro kilómetros, por dimisión, con la dotación anual de 200 pesetas, satisfechas de los presupuestos municipales respectivos. Igualmente se halla vacante la asistencia de dicha facultad a las familias pudientes de este partido que lo constituyen los pueblos anteriormente expresados, con el sueldo de 2.550 pesetas, satisfechas por los vecinos en 29 de Septiembre de cada un año. Los aspirantes que deseen obtener ambas plazas presentarán sus instancias a esta Alcaldía en el término reglamentario. (*Boletín Oficial* del 9 de Marzo).—El Alcalde, *Cándido Alvarez*.

—La de San Millán de la Cogolla (Logroño), villa con Ayuntamiento de 824 habitantes, a 18 kilómetros de Nájera, que

es su partido judicial, y 50 de la capital. La estación más próxima San Asensio, a 36 kilómetros. Tiene un agregado. Por dimisión, con la dotación anual de 1.500 pesetas, pagadas de los fondos municipales por trimestres vencidos, por la asistencia de una a sesenta familias pobres. Los aspirantes presentarán sus solicitudes, hoja de servicios y demás documentación en esta Alcaldía dentro del plazo que marca la ley (*Boletín Oficial* de 5 de Marzo) y el agraciado podrá contratar con los vecinos pudientes según costumbre y cuyas igualas producen anualmente unas 200 fanegas de trigo aproximadamente.—El Alcalde, *Andrés Ureta*.

—La de San Luis (Baleares), aldea de 864 habitantes, a 4 kilómetros de Mahón, que es su partido judicial, habiendo resultado sin proveer por falta de licitadores la plaza de médico municipal con residencia en este pueblo para el mejor servicio de estos vecinos, dotada con el haber anual de 1.000 pesetas, consignadas al efecto en presupuesto y publicada en el *Boletín Oficial* de la provincia núm. 7.340, se anuncia de nuevo la referida plaza para que los aspirantes a ella puedan presentar sus solicitudes acompañadas de sus correspondientes documentos en la Secretaría de este Ayuntamiento, en donde se hallan de manifiesto las condiciones a que deben sujetarse, dentro del plazo de veinte días a contar del siguiente al de la publicación del presente anuncio (*B. O.* del 10 de Marzo).—El Alcalde, *Manuel Santamaría*.

—La de Valdecarros (Salamanca), lugar con Ayuntamiento de 811 habitantes, a 10 kilómetros de Béjar, que es su partido judicial, y cuya estación es la más próxima, dista de la capital 30 kilómetros, se anuncia por segunda vez por destitución del agraciado en el concurso anterior, cuya dotación anual será la fijada con arreglo a clasificación por la Junta de Patronato, debiendo advertir que durante el año que cursa no podrá percibir el elegido más que la cantidad de 750 pesetas, que figuran en presupuesto. Además del haber que disfrute por titular el agraciado podrá contratar la asistencia facultativa por igualas, con los vecinos que así lo deseen. Solicitudes por el plazo reglamentario (*B. O.* del 11 de Marzo).—El Alcalde *Jesús Izquierdo*.

tudes por el plazo reglamentario (*B. O.* del 11 de Marzo).—El Alcalde *Jesús Izquierdo*.

—La de Castrofuerte (León), villa con Ayuntamiento de 468 habitantes, a ocho kilómetros de Valencia de Don Juan, que es su partido judicial, y 48 de la capital. La estación más próxima, Palanquinos, a 22 kilómetros, provista interinamente para la asistencia de 12 familias pobres, se anuncia vacante por el término de treinta días, con el sueldo anual de 750 pesetas, satisfechas por trimestres vencidos (*B. O.* del 13 de Marzo). El agraciado

tendrá que tener la residencia en la localidad y haber desempeñado una plaza en propiedad o interinamente por espacio de dos años.—El Alcalde, *Hermínio Herrero*.

—La de Montejo de Licerias (Soria) y sus anejos Carrascosa de Arriba, Torresuso, Sotillos, Pedro y Rebollosa, distante el que más cinco kilómetros, partido judicial de Burgo de Osma. Por renuncia. Habitantes, 913. Dotación 80 pesetas de titular, más 30 fanegas de trigo puro y 100 fanegas de centeno, por las igualas. Solicitudes hasta el 3 de Abril al Alcalde don Rafael Sanz.

Correspondencia administrativa

	Queda suscripto por el año 1914.			
F. Bayer y C. ^a Barcelona.	»	»	»	»
M. Sola, Tudela (Navarra)	»	»	»	»
T. Quintana, Ariño (Teruel)	»	»	»	»
J. E. Cárcamo, Burgos	»	»	»	»
S. Ferrer, Zaragoza	»	»	»	»
A. Conesa (estudiante)	»	»	»	»
E. Azpeitia (estudiante)	»	»	»	»
R. Pérez Arruebo (estudiante)	»	»	»	»
C. Martín (estudiante)	»	»	»	»
S. Pablo (estudiante)	»	»	»	»
E. Gros, Zaragoza	»	»	»	»
A. Hortet, »	»	»	»	»
J. Bescós, »	»	»	»	»
C. Mayoral, Ricla	»	»	»	»
M. S. Revuelta, Soria	»	»	»	»
M. Aguado, Monzalbarba	»	»	»	»
E. Marta, Miedes	»	»	»	»

(Se continuará.)

A los Autores y Editores

“Hojas Médicas,, anunciará en dos números sucesivos todas las obras de las que se envíe un ejemplar y hará, además, un juicio crítico imparcial si se remiten dos ejemplares.



“Hojas Médicas,, annoncerá pendant deux mois tout ouvrage envoyé a nos bureaux: si deux exemplaires nous sont parvenus nous ferons l'analyse bibliographique.

Condiciones de suscripción

Deseando que HOJAS MÉDICAS sea la Revista profesional más difundida en la región aragonesa por estar inspirada en un criterio de sano regionalismo, cuya exposición, desarrollo y resultados fructíferos el tiempo se encargará de demostrar; nacida para llegar hasta el pueblo más humilde donde un compañero ejerza la profesión con todos los sinsabores de la práctica rural; dedicada a servir de lazo de unión entre todos los médicos aragoneses o que en Aragón ejerzan, hemos creado un

Vale de cinco pesetas

que será entregado a todo suscriptor al abonar el importe anual de su suscripción. Dicho Vale será admitido, por todo su valor, en las compras de instrumental que los señores suscriptores efectúen en las importantes casas de Zaragoza, de

RIVED Y CHÓLIZ

D. JAIME I, NÚMERO 21



JESÚS M.^a ZULUAGA

D. ALFONSO I, NÚMERO 28

Los suscriptores que, residiendo fuera de la capital, deseen canjear su Vale por algún instrumento cuyo coste no exceda de cinco pesetas, podrán remitir dicho Vale a las casas mencionadas o a la Administración de HOJAS MÉDICAS, que se encargará de remitir directamente el pedido, abonando el suscriptor el derecho de franqueo.

Finalmente, a los estudiantes de Medicina que deseen suscribirse por un año a HOJAS MÉDICAS, costará la suscripción cinco pesetas, y se les entregará también el mismo Vale, mediante el cual ha de resultarles la suscripción completamente gratuita.

LA REDACCIÓN.

Boletín de Suscripción

D.

residente en provincia de

se suscribe por un año a la Revista Aragonesa de Especialidades

Hojas Médicas.

..... de de 191.....

NOTA.—El importe de la suscripción (6 pesetas año), puede remitirse por giro mutuo, postal o sellos de correo.

Sr. Administrador de Hojas Médicas * Coso, 8, Zaragoza.

Franquéese en sobre abierto con un cuarto de céntimo.

MEDICINA

LAS FIEBRES DE MALTA EN ARAGÓN,

por el doctor Don Pedro Ramón y Cajal.

Después de la comunicación hecha en la Academia Médico-Quirúrgica Aragonesa en 1904 y posteriormente hace tres años, el autor vuelve a ocuparse de este asunto en la Memoria de su recepción en la Real Academia de Medicina de Zaragoza.

Cree, en primer lugar, que la piretología de Zaragoza y su provincia es más rica en tipos febriles que lo que generalmente se admite; hasta el punto de poderse observar, más o menos bastardeadas, fiebres peculiares de los países tropicales. Por ahora el autor no se ocupa más que de las fiebres ondulantes, tal y como las ha observado en Aragón.

Por poseer datos de idénticos procesos en otras provincias (Navarra, Rioja, Lérida, etc.) además de los dados con anterioridad del litoral mediterráneo, por el Dr. Góngora, de Barcelona, no es forzado pensar que igual pase en el resto de la Península.

Han contribuído a la confirmación de estas fiebres ondulatorias, señalando focos epidémicos en distintos pueblos, entre otros señores: D. Luis Martínez, de Cenicero; Fernández Oliva, de Uncastillo, y Altabás, de Navarra.

Etiológicamente, la fiebre de Malta parece haber procedido como una verdadera epidemia de gran difusión y poca densidad, dada la gran extensión de terreno invadido y el poco número de casos. De noventa se compone la estadística del autor, comprobados muchos por la sero-reacción de Wright y pertenecientes a la capital y partidos rurales.

En conformidad con renombrados epidemólogos, ha comprobado que, además de la difusibilidad de la fiebre maltera, puede acantonarse en reducidas localidades, en una casa.

Ni las aguas, ni la topografía e impurezas del suelo parecen influir gran cosa en la difusión de la enfermedad; y aunque exista un acuerdo unánime, que acata el autor, en considerar la leche de cabras como el vehículo natural del melitensis, cita un buen número de casos donde no se había en muchos años hecho uso de leche o queso alguno, ¿no será el vehículo humano o sus exenciones el agente de propagación más eficaz?

Cultivando el micrococus melitensis ha podido comprobar, confirmando la opinión de Babes, la poca resistencia del microbio, siendo frecuente su muerte al cabo de pocos días.

No hay duda acerca de la especificidad de los micrococus, puesto que en tres personas que sufrieron, manejando cultivos, picaduras accidentales, sufrieron la fiebre ondulatoria.

La edad más a propósito para sufrir la enfermedad, a pesar de lo marcado por P. Masson de seis a trece años, parece ser, según el Dr. Cajal, de veinte a veinticinco años, no habiendo tenido en ningún caso en menores de quince.

Las estaciones más favorables parecen ser las menos lluviosas.

El período invasor de la enfermedad no tiene nada de característico; si existe, hay inapetencia, molestias gástricas, endolorimiento general, cansancio, etcétera.

La fiebre alcanza un grado alto con rapidez, pudiendo llegar en dos o tres días a 40 y 41°. En este primer período, generalmente el proceso toma la forma de catarro gástrico febril, alternando alguna vez con la forma bronquial, con disnea, espectoración mucosa y síntomas de naturaleza bronco-neumónicos y pléuricos, pudiendo llegar hasta verdaderas bronco-neumonías; tales casos han sido tomados alguna vez por una gripe larga.

La forma gástrica es la más frecuente. La fiebre persiste de tres a cuatro semanas, de tipo remitente y cuyas remisiones matutinas van acompañadas de grandes sudores.

Las neuralgias son sumamente frecuentes; las intercostales, ciáticas, bronquiales y cervicales, las más corrientes.

La marcha de la fiebre es completamente irregular; a períodos más o menos largos de temperatura de 39 a 40°, suceden otros en que, continuando la infección, está como mitigada o latente; continúa la frecuencia de pulso, la inapetencia, la astenia, las neuralgias y un estado subfebril de 37° y décimas de temperatura todas las tardes. En estos períodos de calma, basta una excitación nerviosa, una transgresión higiénica para que sobrevenga un recargo febril de corta duración. Opina el autor, con el Dr. Góngora, que estos pequeños recargos son de origen reflejo más que tóxico.

Los períodos hipotérmicos son generalmente de menos duración que los hipertérmicos, y el modo de terminar la fiebre no tiene nada de característico.

En el ciclotérmico también puede haber períodos anfíbolos de gran irregularidad.

Al principio el pulso y fiebre suelen guardar bastante relación; más tarde el pulso es siempre más frecuente.

En el aparato digestivo la lengua está saburral; pueden aparecer aftas y hasta en ocasiones una angina eritematosa; hay síntomas de embarazo gástrico febril y dolor a la presión en el epigastrio. Ordinariamente al cabo de algún tiempo vuelve el apetito y la tolerancia gástrica; es síntoma importante la astricción de vientre y excepcional la diarrea; el bazo se hipertrofia algunas veces bastante.

En un período avanzado de la enfermedad se presentan las artropatías fluxionarias, múltiples, localizadas preferentemente en hombros y muñecas, con poca tumefacción y no cediendo a los salicilatos y aspirina. Cita un caso que terminó con anquilosis fibrosa de la rodilla.

Con menos frecuencia pueden producirse lesiones inflamatorias de los huesos, periostitis y osteo-mielitis supuradas, citando un caso de absceso óseo de la primera pieza del esternón.

En veinte casos ha visto orquitis, en otros erupciones de la piel, eritemas y eflorescencias papulosas de los miembros. La congestión pulmonar puede pasar desapercibida; sólo en dos casos hubo espectoración sanguinolenta pasajera.

Por parte del riñón las alteraciones son raras; sólo en tres casos hubo hemoglobinuria y en uno síntomas de nefritis parenquimatosa.

Las alteraciones hemáticas son anemia, rebajamiento total de glóbulos rojos y blancos, siendo frecuentísima la leucopenia, como ya había demostrado E. Axica de Alejandría.

La duración en los casos citados por el autor no ha pasado nunca de dieciocho meses, siendo cinco meses lo más frecuente.

En más de cien casos observados no ha habido más que cuatro defunciones, producidas por infecciones secundarias.

Además de las formas descritas por Hughet, ondulante vulgar, maligna, que mata entre cinco y veinticinco días, y la intermitente de meses de duración, describe, con el Dr. Góngora, una forma atenuada, con temperaturas de 36 a 37 grados y medio, llamada febricular. Son éstas algunos catarros gástricos, de meses de duración y rebeldes a todo tratamiento.

Se diferenciará del catarro gástrico febril por la duración, ineficacia del tratamiento, sudores y neuralgias.

Del reumatismo articular y neuro-reumatismo, por presentarse las artropatías tardíamente, no guardar relación con la fiebre, no ser tan intensas, tan numerosas y no ceder a los salicilatos.

Con las fiebres puerperales y septicemia médica, se encuentra el estreptococo en la sangre, faltando el melitiensis; hay además leucocitosis, abscesos viscerales, endocarditis séptica, artropatías piógenas y ausencia de la sero-reacción de Wright; existe en la primera el antecedente de un parto o aborto próximo.

Con el paludismo febril irregular, los signos diferenciales son la presencia del pasmodium de Laveran en la sangre, la eficacia de los preparados de quinina y arsenicales, la ausencia de períodos febriles y subfebriles alternantes, el color de la piel, pálido en la ondulatoria grave y pajizo o térreo en el paludismo; en la sangre caracterizan a éste las formas globulares de Laveran y la pigmentación leucocitaria; también la gran hipertrofia de hígado y bazo.

En el paludismo accésional, parecido a la melitiensis con crisis anfíbolos, los períodos interfebriles son completamente apiréticos.

En la ausencia perniciosa, la desglobulización es mayor; hay priquilocitosis y puede faltar la fiebre.

En la leucemia suele faltar la fiebre y está aumentado el número de leucocitos.

Con la fiebre histérica y nerviosa, comprobando la anterior existencia, en la ondulatoria, de otros períodos febriles con alteraciones gástricas.

Con la tuberculosis pulmonar, viendo la poca relación e isocronismo entre los insignificantes trastornos pulmonares y la fiebre. Lo mismo ocurre en las nefritis parenquimatosas y tuberculosas, aparte de los caracteres de la orina; e igual pasa con las hepatitis supuradas y angiocolitis, donde además la falta de ictericia, pigmentos biliares en la orina e inestabilidad de la hepato-esplenomegalia, hablarán en favor de la ondulante.

En la fiebre tifoidea, el acceso de la fiebre es menos rápido; existe diarrea, meteorismo, roseola, estupor y la sero-aglutinación de Vidal.

Con las fiebres paratíficas sólo la larga duración podrá en los casos parecidos sacarnos de dudas. Las sero-reacciones propuestas no son seguras.

Con la gripe, la brusquedad del ataque, el dolorimiento contusivo del organismo, la gran movilidad de las congestiones viscerales y la pesquisa del microbio de Pfeiffer en las secreciones bronquiales.

Tratamiento. No da resultado ningún medicamento. La alimentación debe ser oportunista: leche y caldo, con la fiebre; leche, huevos y purés en los períodos febriculares.

El médico de Cenicero, D. Luis Martínez, dice haber obtenido resultado con los abscesos de fijación, que obrarían combatiendo la leucopenia.

Los sueros antimelitienses no han producido resultado.

El Dr. D. Juan Lite, después de hacer la presentación del nuevo académico, dice: Clece, continuando por el camino emprendido, pronto se dará

cuenta de nuevas formas de la enfermedad, ya sola, ya asociada al bacilo de Eberth, hematozoario de Laveran, etc.

Entre los procedimientos de diagnóstico, habla de la sero-aglutinación de Wright, que aparece entre el quinto y décimo día, persistiendo después de la curación durante meses y aun años. En algunos casos negativos con- vendrá hacer a la vez la de Vidal y la de Wright.

La reacción puede hacerse con cultivos muertos, formolados al 4 por 100, considerando como positiva cuando tiene lugar con una dilución de 1'20 en dos horas y a 15°.

La hemocultura y aislamiento de *micrococcus melitensis*, son, como es lógico, los más seguros medios de diagnóstico.

El pronóstico, si no por la enfermedad en sí, por el estado de debilidad física que produce y graves complicaciones, es serio.

El tratamiento, ya que no específico, será sintomático, antitóxico, tónico e higiénico.

La orientación de nuestro lecho. = =

= = (De colaboración.) = =

Cuando nos mudamos de domicilio, hallada la habitación que nos ha de servir de alcoba, procedemos a elegirle sitio a nuestro lecho, a establecer su lugar y dirección.

La resolución de este pequeño problema casi siempre es obligada por lo que se pudiera llamar «topografía del terreno»: el sitio que ocupa la puerta de entrada del dormitorio, la disposición de sus balcones o ventanas, el acomodo de la mesilla de noche o de otros muebles, etc.; pero, en ocasiones, dichas circunstancias permiten la colocación del lecho en más de un sitio, y aun escoger hacia qué lado ha de resultar la parte de los pies o la cabecera. Entonces hacemos sucesivamente varios supuestos mentales de hallarnos acostados según las variantes posibles, y su comparación instintiva nos decide a que se coloque en el sitio y dirección en que nos parece se ha de dormir mejor. De analizar nuestras sensaciones veríamos que, sin tener a la vista el plano de la ciudad, ni la brújula, hemos tendido a orientar nuestro lecho en la misma dirección que en domicilio anterior.

Como pequeñas causas muy continuadas producen grandes efectos—*gutta cavat lapidem*—, creo que a la salud no es indife-

rente la dirección en que ha de reposar nuestro cuerpo, durante años, por espacio de siete u ocho horas (cuando no más) cada día.

Si suspendemos una aguja imantada de un hilo destorcido, enseguida la veremos girar, tomando determinada dirección, y si suponemos en la misma situación un cuerpo humano, aunque a su vez no gire, no por eso dejará de estar sometido a la misma acción inductiva polarizadora. No responderá como si fuese de hierro imantado, porque son poca cosa los algo más de tres gramos de dicho metal que puedan contener entre la sangre y algunos órganos, y porque no se trata de hierro con aquella propiedad, pero sí tiene que sentir la influencia electro-magnética del *solenoide*, que para nuestro organismo—como para todo sistema de fuerzas—representa la Tierra.

Sabido es que ésta se comporta como si fuese atravesada por una corriente eléctrica indefinida, que fuera perpendicular a su meridiano magnético y marchara de Este a Oeste.

Pues no tiene que ser lo mismo recibir esta corriente durante años, ocho horas cada día, de pies a cabeza, que de cabeza a pies, que transversalmente.

Además, conforme la rotación de nuestro planeta sobre su eje imprime una cierta desviación (inercia de los líquidos) al curso de los ríos que corren en la dirección

de los meridianos, desgastando más sus orillas del Este que las del Oeste los que van hacia el Norte y efectuando lo contrario los que se dirigen hacia el Sur, se puede admitir que la circulación de nuestra sangre queda adaptada a tener que contrarrestar los efectos de la inercia de la rotación terrestre durante años en un sentido o en otro, según la dirección en que durmamos.

Añádase a esto que la atracción lunar, determinante de las mareas y de grandes desplazamientos de fluidos, ha de influir, también produciendo mareas infinitesimales—*gutta cavat lapidem; chi dura vince*—en los fluidos de nuestro organismo (1), y que no es lo mismo sean atraídos la sangre, los plasmas, nuestras células, durante años, con más constancia hacia la derecha que hacia la izquierda, hacia el extremo abdominal que hacia el céfalico.

Día llegará en que, conociéndose mejor las poderosas fuerzas naturales supracitadas, y estando más adelantada la Fisiología, se podrán establecer indicaciones en Higiene y en Terapéutica del importante modificador orgánico que representa la *dirección de nuestro lecho*.

Por hoy sólo se me ocurre un consejo práctico: la persona que en una alcoba ha dormido durante años con buena salud, en un nuevo domicilio debe orientar su cama en la misma dirección que antes, pudiendo no hacerlo así en el caso contrario.

Dr. Salvador V. de Castro.
Catedrático de Terapéutica
en la Universidad de Granada.

**

REVISTA DE REVISTAS

Importancia del estudio de las variaciones del peso en los enfermos edematosos, (cardíacos y brighticos) = = =

El Dr. J. Castaigne llama la atención sobre la importancia que tiene el pesar sis-

(1) Véase mi nota preventiva sobre la *Nueva doctrina de las crisis*.

temática y regularmente a los enfermos atacados de un proceso, entre cuyos síntomas son propios los edemas. Mediante el estudio de la curva del peso de estos enfermos, no sólo se sigue, de una manera precisa, sino que se llega a diagnosticar la infiltración antes de que sea aparente a la vista y al tacto, se diagnostica lo que Widal llama *pre-edema*.

La balanza es, pues, el instrumento indispensable y casi siempre suficiente para vigilar la evolución del edema, dice Castaigne.

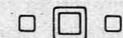
Téngase presente que los edemas más temibles son los que no se ven, los edemas viscerales (pulmones, centros nerviosos, estómago e intestino, riñones) y para estos casos el método de las pesadas nos suministra también excelentes informes. En un enfermo sometido a pesadas sistemáticas es preciso desconfiar de los accidentes que pueden sobrevenir cuando su peso aumenta todos los días en unos cientos de gramos, aunque no se observe en él ninguna infiltración aparente. Dicho enfermo presentará el edema periférico, y antes, bien pudiera ser que aparezcan síntomas de infiltración visceral.

A este propósito, el autor transcribe una observación clásica de Widal. Un enfermo sin edemas aparentes sometido a régimen desclorurado por la albuminuria y la gran disnea que presentaba al ingresar en la clínica fué mejorando a medida que su peso disminuía, desapareciendo por fin los síntomas de infiltración visceral cuando hubo perdido seis kilogramos de peso, seis kilogramos que representaban los seis litros que infiltraban los tejidos del enfermo y que solamente la balanza pudo describir.

El método de las pesadas es, pues, preciso, termina el autor, para apreciar el de los edemas periféricos y viscerales; este método debe entrar en la práctica corriente, porque da indicaciones importantes en cuanto al pronóstico y también en cuanto concierne con la eficacia de la terapéutica empleada.

(*Le Journal Medical Française*.—31 de Enero 1914).

M. J. Alcrudo.



MEDICINA DE URGENCIA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA HEMOPTISIS

El hecho de arrojar sangre por la boca, en mayor o menor cantidad, provoca siempre alarma tal en el sujeto que sufre ese accidente, que constituye uno de los motivos por los que el médico es llamado urgentemente. Por otra parte, como para el vulgo (y aun para algunos profesionales) es el *vómito de sangre* síntoma de tuberculosis, es necesario apreciar en su justo valor dicho síntoma, para deshacer multitud de errores y de interpretaciones falsas. El expeler sangre por la boca puede ser hemoptisis o no; y dado caso que lo sea, puede ser síntoma de tuberculosis o de cardiopatía, de gangrena pulmonar o de dilatación de bronquios, de cáncer con asiento en el aparato respiratorio o de algún estado infeccioso grave.

Examinando la sangre, examinando las condiciones en que ha sido expelida, y examinando los síntomas que acompañan a dicho accidente, podremos orientarnos de primera intención.

La sangre de hemoptóicos es espumosa, mezclada con mucosidades, de un color rojo vivo, va precedida su expulsión de un cosquilleo en la garganta, y acompañada de una serie de trastornos físicos y psíquicos, tales como la opresión, palpitaciones, aumento de pulsaciones, disminución de sonoridad a la percusión, estertores mucosos, etc., entre los primeros, y terror, temor de muerte próxima, angustia, preocupaciones, etc., entre los segundos. La percusión y la auscultación son de un grandísimo valor para poder apreciar si se trata o no de una hemoptisis. Por la percusión se aprecia disminución de sonoridad en un lado, al nivel del vértice, lo más frecuentemente. Por la auscultación se aprecian estertores mucosos a nivel de ese mismo vértice o en la base: los primeros, producidos por la sangre extravasada en los bronquios; los segundos, persistentes durante mucho tiempo y en el lado de la hemoptisis, provocados por la caída de la sangre en los bronquios declives. Y véase cómo, apreciando bien estos fenómenos, no sólo podremos diagnosticar una hemoptisis, sino hasta determinar con seguridad el lado en que la hemorragia ha tenido lugar. Por eso, cuando la sangre hemoptóica es negra, como sucede en los días siguientes al accidente primitivo, o como cuando por ser la hemoptisis copiosísima la sangre es deglutida para ser vomitada más tarde, y cabe cierta confusión con hemorragias no hemoptóicas, la percusión y la auscultación nos sacarán de dudas.

Sólo con la epistaxis y con la hematemesis, tiene la hemoptisis cierta analogía. Y no he de mencionar las llamadas hemoptisis suplementarias de menstruación, ni las hemoptisis artríticas, toda vez que la tuberculosis juega importante papel en esos estados, ni de esas otras mal llamadas hemoptisis histéricas en que ocurre tres cuartos de lo mismo. Cuando no se trata de hemoptisis, sólo puede pensarse en una epistaxis o en una hematemesis, porque ninguna otra cosa puede ser.

En las epistaxis posteriores, cuando la sangre no sale por las fosas nasales, sino que cae en la faringe y es arrojada por la boca (tal sucede en las epistaxis producidas por las vegetaciones adenoideas), puede deshacerse la

confusión sin más que hacer inclinar la cabeza hacia adelante, para que la sangre salga por la fosa nasal, o hacer sonar al enfermo, o examinar el fondo de la garganta.

Por lo que respecta a la hematemesis, se diferencia de la hemoptisis en que la sangre de ésta es alcalina, y ácida la de aquélla; en que la primera va precedida de náuseas, y la segunda de sensación traqueal; en que la de hematemesis va acompañada de vómitos y la de hemoptisis de tos y de expectoración; en que habrá melena en las deposiciones del hematemésico y no en las del hemoptóico; en que el uno vomita sangre y el otro la expectora. En los casos de deglución de sangre hemoptóica, de hematemesis de sangre no muy negruzca, de unión de vómitos alimenticios a la sangre, etc., etc., la percusión y auscultación asegurarán el diagnóstico, puesto que nada dirán en lo que no sea hemoptisis.

Y una vez hecho el diagnóstico diferencial de la hemoptisis con lo que no lo es, tratemos de hacerlo con las distintas formas hemoptóicas.

Hay que convenir en que la tuberculosis es causa de hemoptisis en el 90 por 100 de los casos: más frecuente en el primer período que en los otros; más frecuente también en adultos, que en niños y viejos; en mujeres que en hombres, por razones de influencia menstrual; en el mar y en climas de excesiva altura, por razones de presión atmosférica. ¿Cuáles son los síntomas que acompañan a la hemoptisis tuberculosa? En el primer período, inspiración ruda, expiración prolongada, elevación térmica vespertina, disminución de sonoridad por debajo de la clavícula, estertores subcrepitantes o sibilantes en el vértice: por otra parte, la abundancia de la hemoptisis es moderada, es raro que exceda de 50 ó 60 gramos, y en los esputos sanguinolentos se encuentran casi siempre bacilos de Koch. En el segundo período, tenemos la forma de hemoptisis con etapas lejanas y la marcha galopante; la primera se produce de tarde en tarde y se acompaña habitualmente de apirexia; la segunda se caracteriza por la abundante repetición de crisis hemoptóicas, por la elevación de temperatura, y por la agravación de los signos físicos. En el tercer período, hija siempre la hemoptisis de importantes vasos denudados o rotos por la fusión de las paredes cavitarias, o de dilataciones aneurismáticas que llenan las cavernas, se caracteriza por su abundancia extraordinaria, por su formidable cantidad. Por lo que atañe a la tisis aguda, a la granulía generalizada, a algunas formas bronco-pulmonares, rara vez se presenta la hemoptisis; y se comprende, porque las granulaciones no tienen tiempo de llegar a la ulceración que interesa los vasos; en esas formas, los fenómenos asfícticos adquieren preponderancia sobre los congestivos.

He de advertir, por lo que respecta al segundo período de la tuberculosis (y ya que el clasicismo me obligó a admitir las dos formas hemoptóicas mencionadas), que entre los dos tipos descritos, como extremos que son, pueden darse numerosos casos intermedios, en los que los accesos de hemoptisis se acercarán o alejarán más o menos, la ascensión térmica será mayor o menor, etc., etc.; y por lo tanto, el examen concienzudo de los signos físicos nos dirá si se trata de hemoptisis tuberculosa y si es de segundo período.

Hay varias ocasiones en que, estando en presencia de una hemoptisis y procediendo la sangre del aparato respiratorio, no se trata de tuberculosis, y sí de una dilatación bronquial, de una gangrena o un cáncer del pulmón, de una pleuresía interlobular, de un quiste hidatídico. ¿Cómo distinguirla? En los casos de dilatación bronquial, la hemoptisis es poco frecuente, la sangre es negra, el acceso es fulminante casi siempre, la etiología hay que buscarla en la rotura de un vaso aneurismático, la expectoración abundante y el tim-

bre de voz son característicos, la depresión torácica unilateral y posterior es patonogmónica. En la gangrena pulmonar, las hemoptisis son abundantes y repetidas; pero la fetidez del aliento y los esputos negruzcos establecerán la diferencia. En el cáncer del pulmón, la sangre hemoptóica está mezclada con esputos gelatiniformes, se encuentran en ellos células epiteliomatosas, hay adenopatía tráqueo-bronquial, y la radioscopia, en último término, pondrá de relieve la sombra negra opaca delatora del tumor canceroso. Algo parecido puede decirse del quiste hidatídico pulmonar. Y por último, en la pleuresía interlobular, huelga el quintaesenciar la diferenciación de las hemoptisis, toda vez que dicha forma de pleuresía es siempre debida al cáncer o a la tuberculosis.

Quedan las hemoptisis de origen cardiaco, menos frecuentes que las tuberculosas, pero mucho más frecuentes que las que no lo son, en donde el éxtasis venoso o la apoplejía o la embolia pulmonar son los agentes responsables, y en donde la sangre es espesa, oscura, viscosa, no aireada, no muy abundante, sin bacilos de ningún género. Y si bien es verdad que siempre resultará sencilla la diferencia entre una hemoptisis cardiaca y otra que no lo sea (pues bastará recurrir a la percusión y auscultación), fácilmente se comprende la dificultad mucho mayor de establecer el diagnóstico diferencial entre dos formas hemoptóicas procedentes de distintas afecciones cardiacas. Sin embargo, bastará para ello el recordar que las hemoptisis cardiacas pueden ser originadas por congestiones activas o pasivas, dependientes las primeras de aórticos y arterio-esclerosos, hijas las segundas de insuficiencias o estrecheces mitrales, o de afecciones cardiacas de cualquier índole, pero que han llegado ya al funesto período de hiposistolia. En las hemoptisis cardiacas, dependientes de congestión activa, hay signos de vértice, la tensión arterial está elevada, el corazón está hipertrofiado más bien que dilatado, la disnea constituye la llamada asfixia blanca. En las hemoptisis cardiacas dependientes de congestión pasiva, hay signos de base, la tensión arterial está disminuída, el corazón está dilatado más bien que hipertrofiado, la aritmia es un fenómeno constante, la disnea constituye la llamada asfixia azul.

Por lo que atañe a los aneurismas de la aorta, la hemoptisis (preludio de una rotura del saco aneurismático) es continua y discreta. La característica de expeler el enfermo algunos esputos sanguinolentos al principio, para más tarde echar la sangre a borbotones y morir sofocado en breves instantes, no deja duda alguna.

La coexistencia, en el mismo enfermo, de una estrechez mitral y de una tuberculosis de pulmón, caso especial del sexo femenino y de la mujer joven particularmente, da como efecto el aumentar la probabilidad de la hemoptisis. Como unas veces son los trastornos bronquiales los que ocupan el primer lugar y otra los cardiacos, el enfermo expectora sangre a cada instante y el diagnóstico es difícil y contradictorio. De todas suertes y en atención a que son los casos de menos urgencia, la observación y el estudio de los signos físicos demostrarán la coexistencia de las dos afecciones productoras de esa forma hemoptóica.

Por último, las hemoptisis dependientes de estados infecciosos graves, como son la púrpura hemorrágica, la viruela hemorrágica, el escorbuto, ciertas anemias perniciosas, algunas ictericias graves, son de fácil diagnóstico. El coincidir con hemorragias por casi todas las otras vías, de una parte, y la sintomatología especial de dichas infecciones, de otra, han de ser signos seguros de diagnóstico diferencial.

FRANCISCO CUENCA.



DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

REVISTA DE REVISTAS

Adrenalina y salvarsán

Para combatir ciertos accidentes debidos a la intolerancia que los sujetos *ectasófilos* presentan al ser inyectados con el 606, el Dr. Milian recomienda como preventivo el empleo de la adrenalina.

Se funda su indicación en los manifestos efectos vasos-dilatadores del salvarsán, causa de las crisis llamadas por el autor *nitritoides* por su analogía, con lo que pasa después de las inhalaciones de nitrito de amilo, que en tales *ectasófilos* se presentan inmediatamente después de la inyección de la sal de Ehrlich (sensación angustiosa, congestión de la cara, labios abultados y violáceos, lengua enorme, conjuntivas inyectadas, expectoración sanguinolenta).

Una inyección de miligramo y medio de adrenalina en el espesor de los músculos impide la aparición de las crisis nitroides y de otras reacciones de intolerancia, tales como la fiebre, náuseas, vómitos, cefálea, que se declaran algunas horas después de la inyección y que las interpreta el autor como un verdadero *choc vaso-dilatador*.

La adrenalina es además el agente curativo de estos accidentes una vez declarados.

La administración preventiva de la adrenalina permitirá alcanzar la dosis ideal de un centígramo de salvarsán por kilogramo en todos los sujetos, tanto intolerantes como tolerantes, y esto tiene gran importancia para la curación del sifilítico.

(*Biologie Médical*, Janvier 1914).

El cuarto período de la sífilis

El Dr. Manuel Iñigo dió sobre dicho tema una importante conferencia. Comenzó por el relato de los adelantos logrados en

los tres últimos años, por lo que se refiere al concepto de infección y al más completo conocimiento del treponema de Schaudinn. Reseñó luego la evolución del período del mal; del chancro sifilítico, según el moderno concepto de la anafilaxia y explicó cómo los gérmenes con su exuberante proliferación llegan a invadir todo el organismo, dando lugar a la septicemia treponémica. Comparó este momento de la infección de la sangre, con la llamada fase negativa, subsiguiente a la inyección de vacunas diversas en especial de la tuberculina, haciéndolo derivar del agotamiento de las propiedades espirilicidas de la sangre, por el extraordinario consumo de anticuerpos y de complemento. Habló luego de la sensibilización que el organismo experimenta como consecuencia de la infección, alterándolo en sus reacciones de inmunidad y produciendo anticuerpos residentes y circulantes. La sangre de los sifilíticos contiene además de los anticuerpos y de la substancia Wassermanógena, mayor cantidad de hemoglobina en disolución por destrucción de hematies y consiguiente anemia; alteración de la fórmula leucocitaria; aumento en la cantidad de amino nitrógeno, así como en la cantidad de materias extractivas y en la proporción de urea en la orina.

Sostuvo la tesis de que la reacción de Wassermann, no es una verdadera reacción de Bordet-Jenjou, pues la absorción del complemento no es constante, cuando se usa como antígeno el spirochete, procedente de un cultivo puro.

Para él, la substancia Wassermanógena es un producto del metabolismo celular alterado por el proceso, una especie de *humo o ceniza* de la infección. Concede más importancia a los datos suministrados por una reacción bien hecha que al examen objetivo del enfermo. Un enfermo

con reacción negativa puede presentarla positiva tras un tratamiento específico y ello se debe a que la matanza de gérmenes liberta toxoproteína, que altera el metabolismo compensador en que vive el sífilítico latente. Habló luego del ensayo biológico de Noguchi a la luctina, explicando la técnica, su fundamento y resultados. Dijo que la reacción Herxheimer la producen tan sólo los medicamentos germicidas, por eso conviene usar de los ioduros que no lo son, cuando culmina el mal, y sobre todo, en los casos en que presentan lesión órganos delicados (ojo, meninges etc.), después vuelve otra vez la indicación del mercurio y del salvarsán. Tras de explicar la evolución del período terciario, combatió el principio tenido por axiomático, de que la sífilis no es inoculable al portador, diciendo que lo que ocurre con la reinoculación, es, que, cuando más, produce una pústula, que casi nunca da síntomas. La sífilis es curable en todos sus períodos, pero lo es con mucha más facilidad en los períodos primario y secundario. Algunos enfermos se muestran rebeldes al tratamiento, quizás, porque sus treponemas pertenecen a una raza especialmente resistente; en éstos, y en general en todos los casos se logra más beneficio alternando el mercurio y el salvarsán, que con cualquiera de ellos por separado.

Hizo historia de los tres períodos porque ha pasado la discusión del concepto de parasífilis, fijándose más en el moderno, en que tras el descubrimiento de los spirochetos en el cerebro de los paralíticos generales y en la médula de los tabéticos se ha desechado por completo la teoría creada por Fourmier.

Hablando del problema de la degeneración de las neuronas, combatió el concepto de la degeneración tóxica, comparable con el de la parálisis postdiftéricas. Admitió la existencia de reacciones sífilíticas, difusas o parenquimatosas en los centros

nerviosos con la consiguiente destrucción de neuronas. Negó las objeciones que se hacen, considerando la existencia de linfocitos y de globulina en el líquido céfalo raquídeo, como privativas de la parasífilis, y dijo que la presencia de tales sustancias ocurría en todos los estados inflamatorios de los centros nerviosos. Fundado en la falta de conexión circulatoria entre el líquido céfalo-raquídeo y la sangre, se explica la falta de acción de los medicamentos sobre las lesiones sífilíticas del cerebro y la médula. Para lograr la impregnación de estos centros por los anticuerpos específicos, se emplea el método de Swift o sea inyección de salvarsán, sangría, al cabo de una hora centrifugación de la sangre e inyección del suero, así obtenido por punción lumbar. Citó varios casos así tratados por diversos autores con gran éxito.

Terminó protestando de la noticia dada por la prensa referente a la prohibición del salvarsán en Alemania, protesta a la que se adhirió la Real Academia.

Academia Médico-Quirúrgica-Aragonesa.—Sesión del 22 Febrero 1914).

Resultados distantes de 4.134

— = casos de sífilis = —

MM. Mattanschek y Pilez, de Viena, dan los resultados de 4.134 casos de sífilis, que conciernen a oficiales, seguidos desde 1880 hasta 1912.

De este número, 198 han quedado paralíticos; 113 tabéticos; 132 han sido atacados de sífilis cerebro-espinal; 80 de psicosis de diversas naturalezas, entre los cuales ocho fueron muy claramente relacionados con la arterio-esclerosis; 147 sucumbieron de tuberculosis; 17 de un aneurisma de la aorta; 101 murieron de lesiones del miocardio o de las arterias.

Dr. Lorenzo Lambán.



ELECTRICIDAD MÉDICA

LOS RAYOS X EN LOS ACCIDENTES DEL TRABAJO.

Que la Radiología presta grandes servicios actualmente en los accidentes del trabajo, es una verdad axiomática; que las Compañías de Accidentes no dan a dicho medio diagnóstico toda la importancia que realmente tiene, es también otra verdad que no necesita demostrarse. Por eso hay que insistir una y otra vez, y mil veces si preciso fuera, en la necesidad de utilizar el radiodiagnóstico en las lesiones producidas por accidente del trabajo, como medio el más seguro de aquilatar bien la lesión, como medio el más eficaz de resolver cuestiones de las que siempre depende el crédito del médico que presta la asistencia, la rapidez de la curación del lesionado, la economía de la Compañía que aseguró al patrono, y hasta la mejor interpretación de la ley en lo que se refiere a detallar la inutilidad cuando ésta queda.

Si para actuar con prontitud y de una manera precisa debe el médico de las Compañías de Accidentes hacer uso de cuantos procedimientos de diagnóstico estén a su alcance, ha de ser el radiodiagnóstico, pues, el que ocupe el primer lugar, por ser el de mayor valor.

Se puede utilizar el radiodiagnóstico de dos maneras: en el momento del accidente, o en el curso de la enfermedad.

En el momento del accidente es cuando mayores servicios puede prestar la radiología. Los casos que se podrían citar son innumerables; véase si no todo lo que concierne a lesiones óseas y articulares, que en muchos casos pueden pasar desapercibidas, o en las que en algunos hechos se interpretan de una manera deficiente; véase lo que ocurre con muchas fracturas en sujetos gruesos, en las que, o no se diagnostican clínicamente, o la coaptación de los fragmentos se hace en malas condiciones, cuando la fractura se diagnostica.

Hace unos meses pude observar un caso que, aunque no era dependiente de accidente del trabajo, puede darse con mucha frecuencia. Se trataba de un niño con fractura de cúbito y radio, que después de tener puesto el vendaje inamovible, por el más pequeño movimiento de la mano se producía el desplazamiento de los huesos. El doctor Alvira, que asistía al enfermo, creyó necesaria la observación radioscópica, para lo cual vino a mi consulta. Observado a la pantalla se pudo ver lo indicado. En estas condiciones le ocurrió poner el vendaje enyesado, y antes de que el yeso secara, practicar la observación a los rayos X, pudiéndose apreciar el desplazamiento de los fragmentos; hecha la coaptación se inmovilizó el miembro hasta el endurecimiento del apósito; al cabo de cierto tiempo éste fué levantado: los huesos estaban unidos.

En otro caso del doctor Bandragen se trataba de un enfermo en el que existía duda respecto de la naturaleza de una lesión de la articulación escapulo-humeral. La radiografía nos demostró una fractura del húmero por su

cuello anatómico. Hecho el tratamiento por dicho doctor, el enfermo curó en las mejores condiciones.

Las fracturas de la extremidad inferior del radio y de la muñeca son en algunos casos de diagnóstico que no deja de ofrecer sus dificultades. Las del metacarpo pueden pasar desapercibidas, sobre todo las del tercero y cuarto metacarpianos, pues los metacarpianos próximos hacen a manera de contención. Pueden también pasar desapercibidas las de las falanges.

Las fracturas de la pelvis se distinguen difícilmente de una contusión de la cadera; en estos casos sólo la radiografía puede aclarar el diagnóstico.

Respecto de las fracturas de cuello del fémur, en muchos casos es difícil diferenciarlas de una luxación.

Es, sobre todo, de gran utilidad la radiografía en las fracturas de la extremidad inferior de la tibia, que antes de este procedimiento diagnóstico pasaban por simples esguinces, y mucho más útiles en lo referente a las fracturas de la articulación tibio-perónea tarsiana, y sobre todo para observar si las relaciones entre la mortaja tibio-perónea y el astrágalo están en estado normal, pues en muchos casos, por no hacer un diagnóstico seguro, puede llegar el lesionado a la inutilidad permanente.

Antes de la radiología, muchas de estas fracturas no se diagnosticaban; por esta razón no insistiré bastante en la importancia del radiodiagnóstico en estos casos.

Lo que decimos de los huesos podemos aplicarlo a las articulaciones, sobre todo a las de la cadera y del hombro.

En lo referente a los cuerpos extraños, no es menos interesante; véase si no el caso de Boine. Se trataba de un hombre de 40 años que, a causa de un traumatismo sobre la región lumbar, consecutivo a un hundimiento, es atacado, al cabo de dos años, de paraplegia casi completa. Errante del hospital a la clínica, sin que de ningún modo encontrase la curación, fué asistido por el profesor Vau Gehuchteu, el cual recurre al doctor Boine para que practicara el examen radiológico. La radiografía pone en evidencia una sombra triangular situada entre la octava y novena vértebras dorsales. Operado por el profesor Debaissieux, dió como resultado la extracción de una punta de lima triangular, oxidada. Al poco tiempo de la intervención, los trastornos nerviosos mejoraron progresivamente.

También es interesante el caso de Vauriot y Colomb, que martillando una pieza de calderería le había alcanzado el cuello un trozo metálico que saltó de un remache. Poco tiempo después el enfermo acusaba un dolor moderado a la deglución. ¿Esta sensación pudo muy bien ser debida a haberse alojado el cuerpo extraño en la cicatriz de entrada, cuyo asiento era sobre el tiroides y cuya presencia no era sentida bajo los tegumentos? La radiografía evidenció la presencia en la parte superior del exófago, en la masa muscular pre-vertebral y a nivel de la quinta vértebra cervical, el cuerpo metálico.

En el curso de la enfermedad puede ser también de gran interés el radiodiagnóstico. En muchos casos no puede hacerse la observación en el momento del accidente, y algún tiempo después el herido no obtiene la curación tan pronto como era de desear, y entonces se hace uso de la radiografía para conocer la lentitud de la curación. Tales son los casos siguientes:

Un hombre de unos 30 años viene a nuestra consulta acompañado del doctor Bandragen. Este enfermo había recibido un traumatismo sobre el pie derecho, en la articulación tibio-tarsiana, cojeaba y acusaba dolor: la curación era lenta. La radiografía puso en evidencia un desprendimiento epifisario de la tibia. Sometido a tratamiento, el enfermo mejoró.

En el otro caso se trata de una mujer de unos 20 años que recibió un traumatismo sobre la articulación de la rodilla; la locomoción se hacía con dificultad y acusaba dolor en dicha articulación: vino acompañada del doctor Martín Martínez. La radiografía descubrió un aumento de volumen de los artílagos inter-articulares de la tibia, sobre todo en los puntos dolorosos. Con un tratamiento adecuado está notablemente mejorada.

En la inmensa mayoría de los casos es necesario hacer la radiografía en el momento del accidente para asegurar el diagnóstico, y durante la curación del herido para seguir los progresos satisfactorios o no de esta curación y poder modificar, caso de necesidad, el tratamiento.

Cuando el traumatismo ha actuado sobre una articulación se puede observar si existe o no artritis, anquilosis o bien cuerpos extraños que retardan la curación.

En los casos de tuberculosis pulmonar, de huesos o articulaciones, podrá indicarnos la radiología si esta tuberculosis es consecutiva o anterior al traumatismo.

Nos indicará también en los casos de curación incompleta el grado de inutilidad y, por tanto, la indemnización que el obrero debe percibir de la Compañía de Accidentes o, por el contrario, la falta de lesiones consecutivas al traumatismo, y como consecuencia de ello, la falta de todo derecho a indemnización cuando indebidamente se demanda.

DR. E. PÁSTOR GUILLÉN.

REVISTA DE REVISTAS

El mesotorio en el tratamiento del cáncer de los órganos genitales de la mujer, por F. Tavildaroff. = = = = =

En el tratamiento del cáncer puede emplearse el mesotorio con la radiación por los rayos *delta* de Röntgen o el mesotorio solo; los resultados obtenidos son mejores que con la aplicación exclusiva de los rayos Röntgen.

La técnica es muy sencilla: consiste en introducir en las ulceraciones crateriformes del cuello uterino, dos o cuatro capsulitas, según la extensión de las lesiones, recubiertas de una hoja de plata de 0'05 milímetros de diámetro, que no dejan pasar los rayos *alfa*. Cada cápsula contiene de 20 a 25 miligramos de mesotorio y queda colocada de ocho a veinticuatro horas. Las sesiones son semanales y su número varía hasta alcanzar las dosis de 300 a 10.000 miligramos-hora.

Si hay muchos tejidos esfacelados, o abundancia de vegetaciones, será preciso hacer un raspado del tejido canceroso, constituyéndose así anfractuosidades crateriformes que permiten una introducción profunda de las capsulitas que contienen el mesotorio. Este obra sobre los focos cancerosos, radiando en la profundidad.

La acción del mesotorio, como la del radio y la de los rayos Y, produce en los tejidos cancerosos una vacuolización de las células neoplásicas, seguida de cariólisis y disgregación con proliferación del tejido conjuntivo que la rodea. La acción del mesotorio es tan eficaz, que el profesor Döderlein, de Munich, que lo emplea corrientemente, afirma que en la actualidad no opera ya el cáncer del útero.

Valga como ejemplo la observación de una enferma del autor. Quejábase ésta de derrame sanguinolento fetido y dolores violentos en el bajo vientre, ingles y espalda. La porción vaginal del cuello estaba invadida por completo por un cáncer propagado al fondo de saco posterior y a la izquierda. El conducto cervical aparece

bajo la forma de un ancho cráter lleno de masas esfaceladas. A la izquierda del útero, infiltración dura que llega hasta los huesos pelvianos. A la derecha y en el fondo de saco de Douglas, se comprueban también infiltraciones. El útero, inmóvil, parece estar enclavado en las masas duras que le rodean.

Raspado de los tejidos cancerosos disgregados, sometiéndose después a la enferma a la acción del mesotorio (tres sesiones en tres semanas). La dosis total ha sido de 2.000 miligramos hora. Inyecciones vaginales antisépticas, como único tratamiento auxiliar.

Dos meses después la porción vaginal del cuello ha desaparecido, siendo sustituida por una cicatriz dura y lisa; el conducto cervical deja pasar la extremidad del dedo, y su pared es dura y lisa también. El útero atrofiado, un poco móvil, está algo desviado a la izquierda. La base del ligamiento ancho izquierdo está algo arrugada; más arriba se encuentran tractus cicatriciales duras que llegan, aunque con menos dureza, al fondo de saco Douglas. El fondo de saco derecho está libre. El derrame es poco abundante y constituido por mucosidades sin olor.

Como se ve, el resultado del tratamiento ha sido excelente.

(La Clínica Castellana, Marzo 1914).

Tratamiento por el radio

Dr. Azúa: No es novedad científica; pero los presento para que se vea que este tratamiento es eficaz y de gran valor por la cicatrización que proporciona.

El primer caso es un papiloma córneo del cuero cabelludo situado en la región parietal derecha, que con una muestra de 500.000 actividades en diez y nueve sesiones de radiumterapia, de duración de quince minutos, se ha curado, quedándole sólo una radiodermatitis poco intensa.

El segundo caso es el de una mujer con un epiteloma ulcerado superficial de la nariz; ha curado en doce sesiones de quince minutos con una placa de 500.000 actividades, con un éxito estético sorprendente.

El tercer caso es más interesante, por la forma del epiteloma que en placas se asemeja a la forma eczematiforme; en los bordes todavía presenta algo de descamación; se ha tratado en diez y siete sesiones de radiumterapia, de duración de treinta minutos, con una muestra de 500000 actividades.

El empleo de muestras reforzadas no es aconsejable, porque son muy quebradizas; en las lesiones superficiales no es aconsejable el empleo de diafragmas; en las lesiones profundas sí se deben emplear los diafragmas.

(Sociedad de Dermatología y Sifiliografía).

Dr. Pastor.



TRIBUNA LIBRE

LOS MÉDICOS Y LOS PUEBLOS

La práctica rural durante más de seis años me ha demostrado que en el ejercicio profesional hay una porción de cosas y circunstancias que, aun cuando no están dentro de la medicina, pueden trascender a aumentar o disminuir la reputación del médico.

Las vacantes.

Cuando empezamos a solicitar una vacante rural, debemos tener presente que los vecinos de aquel pueblo están observando cuanto hacemos por adquirirla para juzgarnos social y económicamente, y por ello, insistiremos, sí, sobre las personas que con su voto pueden adjudicarnos la plaza, pero solamente hasta cierto punto, pues si demostramos *necesidad* se vanagloriarán algún día ante nosotros de que ellos nos colocaron y que por ellos ganamos dinero.

Solicitemos las vacantes que nos agraden, pero teniendo presente desde el primer momento que nunca debemos empezar perdiendo nuestra autoridad e independencia y menos nuestra dignidad.

El contrato.

Al tomar posesión de una titular nos vamos a encontrar enseguida con el primer escollo de los pueblos, la formación del contrato.

Ellos serán los primeros que con gran insistencia reclamarán su formalización, y nosotros no debemos oponernos de primera intención, pero en cambio, por convencimiento, llegaremos a demostrarles la nulidad práctica del contrato.

En el contrato hay que distinguir la titular y los vecinos y, entre éstos, el partido cerrado o el partido abierto.

El contrato de la titular es sencillísimo: todo él está comprendido en la legislación sobre Sanidad pública, y como cualquier condición opuesta a lo legislado no tiene valor porque lo pactado contra la ley es nulo, resulta que el contrato para la titular debe basarse en lo anteriormente legislado, siendo las principales disposiciones la Real orden de 22 de Octubre de 1904, Real decreto de 11 de Octubre de 1904 y la instrucción de Sanidad de 12 de Enero de 1904 en relación con el Reglamento de Sanidad de 14 de Junio de 1891, y con todo lo legislado y todavía vigente sobre beneficencia municipal.

Para el contrato con los vecinos, que siempre debe ser aparte del de la titular (por ningún pretexto deben figurar juntos), tendremos presente si el partido es abierto o cerrado, esto es, sin responder al pago una Junta o respondiendo al pago de una cantidad determinada.

El contrato cerrado tiene ventajas y tiene inconvenientes, pero son más los inconvenientes que las ventajas.

Las condiciones las impone una Junta de mayores contribuyentes, pero no hay que olvidar que siendo la encargada de dirigir la Sociedad, ella será también la encargada de transmitir al médico las quejas de cualquier vecino sobre visitas, etc. En esta contratación los individuos de la Junta no contraen más obligación por su parte que la de pagar una cantidad, que la pagarán religiosamente, pero en cambio el médico ha contraído obligaciones de tal índole que le han *amputado* la personalidad (valga la frase). Es natural que en un contrato de esta índole ha de

figurar la obligación de las dos visitas diarias, la de no poder ausentarse sino por un tiempo determinado y con intervalos señalados, pero ellos, en cambio, pueden llamar al médico a cualquier hora del día y de la noche, y, si ocurre la llamada durante la ausencia, no pasará sin presentar la *queja* correspondiente.

En estos contratos puede llegarse a poner solamente la cantidad de dotación y las ausencias acordadas, pero, aun así, siempre tendremos presente que el médico, por su situación, es el primero en todo esto, y si al redactar el contrato no está en acecho de sus inconvenientes, encontrará disgustos con frecuencia, todo ello por haber abandonado la autoridad que su título le confiere.

Tened en cuenta que en un pueblo no se pierde el día que se infringe una cláusula del contrato, sino el día que el médico ha perdido la reputación moral o científica; como veréis, en los pueblos donde uno es respetado y querido, para nadie es necesario el contrato; pero en cambio, si no gozáis de grandes simpatías, los pueblos utilizarán secamente el contrato en perjuicio nuestro, aprovechando el menor resquicio que tenga, la menor brecha por la que hayáis dejado vulnerable vuestra autoridad.

De todos modos, cuando os decidáis por conveniencias particulares a firmar un contrato cerrado, tened presente en la cláusula del pago, que responden del mismo todos y cada uno de los señores que lo firman; de este modo, en caso de deuda, podréis entablar acción particular contra cualquiera de los firmantes, y así llegaríais a cobrar; la acción en común tiene resultados muy difíciles y dudosos.

El contrato a partido abierto tiene aún menor razón de ser que el cerrado, porque la única obligación que contraían los vecinos, la del pago, aquí no existe; así es que en esto, el médico tiene deberes sin ningún derecho.

Veamos lo que sucede.

Las iguales.

Cuando el pueblo está a partido abierto, el contrato es personal del médico con cada vecino, y esto es lo que constituye la iguala.

En este el vecino se compromete a abonar al médico una cantidad fijada, y éste le prestará a cambio la asistencia médica siempre que le sea necesaria, menos en los casos siguientes en que el médico, libre del contrato que la iguala supone, podrá ejercitar los derechos que estime convenientes.

Excluidos de la iguala están los

Partos.

Consultas, cobrando el 50 por 100, según costumbre general.

Operaciones y curas de cirugía mayor.

Curaciones de matriz.

Enfermedades secretas.

Vacunación.

Certificaciones.

Accidentes del trabajo; y

Asuntos judiciales.

En la iguala, que puede hacerse una copia como norma y, que depositada en el Ayuntamiento resulta extensiva a todos los igualados, pueden figurar visitas, viajes y demás; pero no dejaré de insistir que el médico, para su vida, debe llevar como norma el cumplimiento de su deber y los dictados de su conciencia, pues de nada servirá que tenga señalado un día fijo para ausentarse si aquel viaje ha ocasionado el abandono de un enfermo grave con el perjuicio consiguiente; el médico no habrá faltado al contrato, pero habrá faltado a su deber; y desacreditado moralmente, en este día habrá perdido el pueblo.

Esto es lo que hay que imbuir en los cerebros rurales, que nadie está más interesado en no perder el pueblo que el mismo médico, sobre todo si lleva por norma el cumplimiento de su deber.

Las visitas.

Es muy frecuente en los pueblos el deseo de que hagamos a los enfermos una visita por la mañana y otra por la tarde.

A primera vista nos parecerá una exigencia injustificada. Así lo es indudablemente; pero como cuando empezamos el ejercicio de la medicina desconocemos casi en absoluto la práctica de la misma, esa visita doble resultará en este caso un buen apoyo para la reputación del médico.

Al principio encontraremos grandes sorpresas; un enfermo de pulmón nos llamará a media noche presa de horrible disnea o de grave colapso, y esta llamada extraordinaria, más el susto correspondiente, nos los evitaremos visitándolos asiduamente y reconociéndolos con detenimiento; un niño que por la mañana hemos visto cen una enteritis y que hemos dicho que no tenía importancia, muere por la noche con un ataque convulsivo; un viejo bronquítico con sólo unas décimas de fiebre por la mañana, muere a media noche por debilidad de corazón. En fin, y para no citar más casos; recordad la poca seguridad de nuestros primeros diagnósticos y tendréis la clase de nuestras sorpresas, unas por falta de teoría y otras por falta de práctica.

Así, pues, aceptad de buen grado la visita mañana y tarde, que después os será muy fácil suprimirla en su mayor parte. Si al practicarla pensáis más en aprender que en cumplir, llevaréis mucho adelantado y así algún día recordaréis con gusto vuestro pueblo, donde hicisteis los primeros pasos médicos o sea vuestra primera clínica.

Los partos.

Estos constituyen desgraciadamente uno de los mayores motivos de descrédito médico. Es triste que en la época actual en que la Obstetricia ha llegado casi a la cumbre del progreso, haya todavía médicos que al asistir por obligación a un parto sea el primero de su vida, y más triste aún que siendo el primero desconozcan los principales tiempos del parto y tengan además ese miedo a intervenir, que solamente lo da la ignorancia del asunto a resolver.

Nunca recomendaré bastante el que durante la vida de estudiante asista cada uno personalmente a cuantos partos pueda. ¡Ojalá se implantase la costumbre de que bajo la inspección necesaria se obligase a cada alumno a la asistencia por sí sólo a un parto cuando menos!

No he de recordar (por lo frecuente) el caso de médicos cruzados de brazos ante una atonía uterina en el período expulsivo ante una retención placentaria; en fin, el dejar morir a una parturienta con el feto dentro y sin haber realizado maniobra alguna para intervenir.

Las consultas.

Dada la poca cultura médica que existe en algunos compañeros rurales, tienen en general que servirse éstos de la reputación de los demás compañeros para conseguir la suya, y generalmente todos los médicos que veáis en los pueblos con aureola de gran fama son los que más perjuicios ocasionan a sus colegas por la forma en que insidiosamente juzgan su proceder.

En una consulta debe tenerse presente que el resultado final será la pérdida de reputación de uno de los médicos consultados y de nuestra habilidad social y a veces de nuestra energía dependerá el resultado.

Estudiad las cosas con interés, exponerlas detalladamente, prevenir las complicaciones, pero no dudéis que vuestros trabajos serán estériles ante el triunfo de vuestro colega, que ha ordenado la aplicación de un vejigatorio donde vosotros colocabáis ventosas y la oportunidad de la curación premiará con el descrédito todos vuestros deseos.

Hace falta para las consultas un tacto tan especial, que solamente se aprende con la práctica.

Desgraciadamente hemos observado que de la mayoría de las consultas se desprende una verdad aplastante: *el compañerismo ha terminado.*

El consultorio.

Por convencimiento soy hoy uno de los más entusiastas propagandistas de los consultorios en los pueblos.

Ellos nos proporcionan un aumento en nuestra fama y nos evitan bastantes fracasos y no pocas molestias.

Decidros a instalar en vuestro domicilio una habitación independiente destinada a la consulta y curación de los enfermos, y que hoy puede instalarse con un gasto pequeño en proporción con los beneficios morales y materiales que os ha de producir.

El consultorio debe destinarse al reconocimiento y curación solamente (salvo casos especiales), y para ello con una mesa-sillón de operaciones y reconocimientos, una mesa portátil para materiales de cura, una vitrina, unos estantes para botiquín, un esterilizador de instrumentos, instrumental de diagnóstico, que con un catálogo de instrumental a la vista se elige con gran facilidad, teniendo en cuenta que también deben tenerse los más importantes para las especialidades, pues el médico de pueblo tiene que tratar todos los casos de medicina y cirugía, y para ayudar al diagnóstico debe hacer las exploraciones completas y además necesita algunos instrumentos para la práctica de las operaciones más urgentes e imprescindibles, amputaciones, traqueotomía, hernias, punciones, etc.

Teniendo un consultorio montado en esta forma podréis disponer todo muy bien para hacer reconocimientos minuciosos; os evitaréis enviar a un especialista un enfermo con un tapón de cerumen, otro con un flemón dentario y otros casos parecidos.

En los pueblos hay bastantes enfermos que, sin tener que guardar cama, necesitan la visita o cura diaria, enfermos de ojos, heridos y otros muchos, todos ellos pueden ir a vuestra casa; reunidos en ella, podéis curar a una hora determinada un número de enfermos que en sus casas os entretendrían doble tiempo del que empleáis allí.

Pero entre todas las ventajas del consultorio hay una que resulta quizá la más importante, y es que un enfermo en vuestro despacho está cohibido y respetuoso con vosotros, dispuesto a cumplir vuestras indicaciones; en su casa el enfermo se familiariza con el médico y por la confianza y la amistad llega a perder el respeto, llegando a una compenetración tal que suprime muchas veces las diferencias sociales que por ningún caso deben desaparecer.

El cobro.

Hay pueblos prósperos que, sin que el médico se moleste nada, le abonan en su domicilio la iguala, pero como éstos son los menos, nos encontramos muchos en los que el cobro de la iguala resulta un verdadero calvario para el médico: éste debe procurarse, para cuando llegue el tiempo oportuno, un *buen* cobrador que con procedimientos especiales consiga realizar la mayor cantidad posible de recibos.

Con la remuneración de un tres por ciento de lo cobrado puede encontrarse un cobrador a propósito. Dicha cantidad no resulta excesiva, pues si bien hay recibos que son abonados a la presentación y para los que un tres por ciento es mucho, en cambio hay otros que llegaríamos a perder por cobrarlos un veinte y hasta un cincuenta por 100 con tal de hacerlos efectivos.

Algunos compañeros tienen la costumbre de salir a cobrar personalmente, y esto no es aconsejable más que en casos de verdadera necesidad por falta de pago, pues el médico que va cobrando casa por casa parece que necesita el dinero para aquel día, y aunque esto puede ser una gran verdad hay veces que no resulta conveniente exteriorizarlo.

Al terminar el año quedan unos cuantos recibos que por ningún procedimiento podemos cobrar; no estará mal que ensayemos alguna citación judicial para conocer el efecto; pero si esto es nulo, abandonad el procedimiento y con gran paciencia esperad una enfermedad en aquel individuo o su familia para exponerle el recibo nuevamente.

Algunos compañeros tienen la costumbre de excluir de la lista de igualados todos los que deben un año completo o cantidades parecidas; a este procedimiento no

le concedo ningún resultado, pues el individuo que de buena voluntad no ha abonado las seis u ocho pesetas de la iguala, peor abonará lo que después le importen las visitas, y si llegáis a decidros a no visitarlo aseguráros antes bien de vuestras energías, no sea que después de vuestra negativa tengáis que ir a visitarlo humillados por las amenazas de alguno.

En los casos rebeldes es preferible perder las pesetas que supone la iguala a cambio de la seguridad personal.

Psicología rural.

Terminaré con dos líneas sobre la psicología en los pueblos: para vivir en ellos resulta gran dificultad el tener que tratar siempre con las mismas personas; recordad que en una población se renuevan o cambian nuestras relaciones y amistades cada cierto número de años; pues bien; si esto ocurre en una población, con mayor cultura, más medios de respeto y demás, ¿qué no ha de ocurrir en un pueblo donde la mayor parte de los días, los meses y los años se pasan en continua comunicación?

De todos modos yo no he de insistir más sobre esto, pues creo que es un asunto para el cual hacen falta condiciones y circunstancias que no es este el sitio donde adecuadamente se habían de exponer.

Tened en cuenta que en los pueblos encontraréis varios tipos que invariablemente se dan en la vida.

En todos los pueblos hay un individuo hipócrita que os recibirá con la sonrisa en los labios dispuesto, según él, a defenderos y que ocupará, indudablemente, algún cargo público; será Secretario, será Juez, pero no os quepa duda, que algo será: éste ha de ser el que con amabilidad os proporcione los mayores disgustos y os ponga en los compromisos.

Tendréis también otros que os dedicarán la amistad por solo egoísmo de vuestros beneficios; éstos todavía pueden llegar a ser vuestros amigos.

Y finalmente; encontraréis personas, todo corazón, que estarán dispuestas a favoreceros en todo momento: yo he de deciros que en los pueblos he visto a éstas en más abundancia de lo que yo creía; ahora bien, como la amistad es una cosa recíproca, incumbe al médico la mayor parte, para la busca y captura de los que han de llegar a ser sus verdaderos amigos.

ANTERO NOALLES,

Doctor en Medicina,

Ex-interno pensionado, Ex-Médico titular

16 Abril 914.



A. BALL

L'Enfant et son Médecin, Guide pratique de l'hygiène et des maladies de l'Enfance de 0 à 15 ans, par le Dr. Albert Ball, 1914. In 8.º cartonné; 400 pag. 6 frs. 50.

La pratique Médicale nous a appris combien il était difficile de trouver au moment précis les renseignements, même succincts, qui sont souvent nécessaires dans la médecine infantile, tellement ils sont variés dans leur nature et par cela même disséminés dans des ouvrages absolument différents.

Le Docteur Ball a réuni dans le petit traité qu'il vient de publier à la Librairie Maloine, éditeur habituel du livre de médecine pratique tout ce qu'il est indispensable de savoir en pédiatrie.

H. ZILGIEN

Précis de Thérapeutique Clinique et de Pharmacologie, par H. Zilgien, Pr. agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy, 1914. Un vol. in 8.º, 564 pages, cartonné, 10 francs. A. Maloine, éditeur.

L'étude de la pharmacologie et de la matière médicale est aride en raison surtout de l'effort de mémoire qu'elle exige.

Ce précis de thérapeutique clinique et de pharmacologie a été écrit dans le but de rendre cette étude plus agréable et par suite plus facile.

A ce livre on peut approprier les paroles PASCAL: «Si les matières qu'il traite ne sont pas nouvelles, la disposition en est nouvelle. Les mêmes pensées forment un autre corps de discours par une disposition différente, aussi bien que les mêmes mots forment d'autres pensées par les différentes dispositions».

H. GOUGEROT

Le Traitement de la Syphilis en Clientèle, par le Dr. H. Gougerot, Pr. egrège à la F. de M. de Paris, 1914. Un vol. in 8.º avec 72 figures en noir et en couleur y 12 planches hors-texte. 10 frs. A. Maloine, éditeur.

M. le Dr. Gougerot a essayé de répondre aux vœux des étudiants et médecins: retenir et résumer tout ce qui était utile en pratique, supprimer tout ce qui n'était pas indispensable: anatomie et histologie pathologiques, étiologie et statistiques, etc.

Pour répondre à ce but l'ordre et les matières de ce livre diffèrent profondément de ceux des traités classiques, les questions de pratique courante ont été particulièrement développées: *secret professionnel; manière de révéler le diagnostic de syphilis; conduite à tenir en présence des syphilitiques mariés; instructions générale thérapeutiques et hygiéniques à donner; conduite à tenir dans les cas de chancres douteux...; surveillance et traitement des syphilis latentes; diagnostic de début et prophylaxie des syphilis nerveuses; traitement préventif de l'hérédosyphilis; syphilis et mariage: condition du mariage des syphilitiques et conduite du médecin, code sanitaire du syphilitique marié, traitement de la grossesse, surveillance de la mère et de l'enfant, allaitement du nourrisson, etc...; examens et certificats des nourrices et nourrissons: responsabilité civile et pénale en matière de transmission de la syphilis; diagnostic des syphilis latentes, méconnues latentes ou niées, etc.*

L'auteur n'a pas la prétention d'avoir «inventé»; mais il a réuni des documents épars, synthétisé des opinions souvent discordantes, en un mot, résumé tout ce qu'il est indispensable de connaître de la syphilis en médecine pratique.

Librairie J.-B. Baillière et fils

12, Rue Hautefeuille, a PARIS

H. GILLET

Formulaire des médicaments nouvelles et des traitements nouveaux pour 1914. 9.ª édition. Un vol. in 18, de 324 pages avec figures.

Ce livre indispensable, si désiré, si attendu, le voilà! Il obéit à cette idée maîtresse qui doit régir tous nos travaux, toutes nos actions, et qui peut se résumer dans cette phrase: «De la pratique, encore de la pratique, toujours de la pratique».

PROFESIONALES

DISPOSICIONES OFICIALES

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Real orden.—Ilmo. Sr.: Con el fin de que puedan servir de estímulo y satisfacción al Excmo. Sr. Conde de San Diego que, según comunica la Junta local de primera enseñanza de San Juan Despí, Barcelona, ha donado a la Escuela Nacional de niños de dicha localidad, que dirige el maestro D. Juan Perih y Valls, un completo botiquín escolar que constituye, a más de su utilidad práctica, una valiosa joya que honra en extremo al maestro y a la Escuela a que ha sido destinada,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien disponer que se den las gracias de Real orden al expresado Excmo. Sr. Conde de San Diego, como justa recompensa a su desinteresado desprendimiento.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 8 de Enero de 1914.—Bergamín.

Señor Director general de primera enseñanza.

*

Ministerio de la Gobernación.—Inspección General de Sanidad Interior.—Circular.—El Real Consejo de Sanidad en pleno acordó en su última sesión que se llamase la atención de las Autoridades correspondientes al objeto de perseguir la venta de ciertos productos que, como el denominado Senuer, bajo la máscara de medicamentos pueden perseguir fines altamente inmorales, que es preciso evitar.

A este propósito, la Inspección general de Sanidad interior interesa de V. S. el mayor celo en el cumplimiento de la Real orden-circular de 3 de Mayo de 1909, encaminada a perseguir la elaboración, anuncio y venta de específicos de composición desconocida, algunos de los que pue-

den afectar a la salud y a la moralidad públicas.

Dios guarde a V. S. muchos años. Madrid, 21 de Febrero de 1914.—El Inspector general, Eloy Bejarano.

Señor Gobernador civil de la provincia de...

*

Inspección general de Sanidad exterior.—Real orden.—S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien disponer:

1.º Los Gobernadores de las provincias dispondrán que los Alcaldes de todos los Ayuntamientos procedan a la averiguación y declaración de los enfermos de lepra existentes en sus respectivos términos municipales, y que los Inspectores provinciales de Sanidad suministren a los Inspectores municipales las instrucciones necesarias para que, además de coadyuvar y asesorar a los Alcaldes en sus indagaciones y declaraciones, tomen nota de los datos clínicos más interesantes de cada leproso, ordenándolos y recopilándolos cuidadosamente.

2.º En las poblaciones donde existan leproserías, asilos, hospitales o enfermerías destinados al aislamiento, curación o albergue de leprosos, los Gobernadores ordenarán también a los Médicos o a los Jefes de los establecimientos citados que faciliten los respectivos datos.

3.º Tanto los Alcaldes como los Médicos y los Jefes de los establecimientos mencionados enviarán al Gobernador los antecedentes adquiridos, y esta autoridad dispondrá que por la Inspección provincial de Sanidad se ordene metódicamente y se abra un Registro de los leprosos existentes en la provincia, a cuyo fin se enviarán por la Inspección general de Sanidad exterior las hojas impresas necesarias para que sean llenadas por dichos funcionarios.

4.º Una vez recopilados por el Inspec-

tor de Sanidad de cada provincia los datos que les sean facilitados por los Inspectores municipales de Sanidad y por los Médicos o Jefes de los establecimientos benéficos, relativos a los enfermos de lepra, los remitirá aquel funcionario a la Inspección general de Sanidad exterior en el más breve plazo posible, conservando en su poder una copia exacta de aquellos que puedan servir de norma para comprobaciones o rectificaciones posteriores.

5.º Sin perjuicio de este trabajo estadístico, cada Inspector provincial deberá confeccionar un croquis del territorio de su respectiva provincia, en el que se señalen los focos de lepra existentes en cada pueblo, aldea o caserío, valiéndose de signos convencionales, semejantes a los empleados en el mencionado trabajo gráfico trazado por el Inspector provincial de Sanidad de Valencia, del cual se remitirá oportunamente una copia a cada provincia, que servirá de pauta a los demás Inspectores, a fin de que todos estos trabajos parciales guarden la debida uniformidad, que ha de ser condición indispensable para que pueda publicarse un mapa general de la lepra en España, resultante de la suma total de los mapas provinciales.

6.º Las ocultaciones de los casos de lepra serán castigadas, según lo preceptuado en el artículo 120 de la Instrucción general de Sanidad, con la multa administrativa máxima que la autoridad pueda imponer, sin perjuicio de la responsabilidad definida en el artículo 596 del Código penal.

Para que llegue a conocimiento de los Alcaldes, Médicos e Inspectores de Sanidad y Jefes de leproserías, dispondrá V. S. la inserción de esta Real disposición en el *Boletín Oficial* de la provincia.

De Real orden lo digo a V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. S. muchos años. Madrid, 25 de Febrero de 1914.—*Sánchez Guerra*.

Señores Gobernadores civiles de todas las provincias.

*

Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Reales órdenes.—Ilmo. Señor: S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien

nombrar a D. Rafael Mollá y Rodrigo, Catedrático numerario de la Universidad Central, representante del Ministerio de Instrucción pública en el Congreso de Urología que ha de tener lugar en Berlín del 1.º al 5 de Junio próximo, entendiéndose que esta Comisión es honorífica y sin subvención alguna.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 10 de Marzo de 1914.—*Bergamín*.

Señor Subsecretario de este Ministerio.

(*Gaceta* de 16 de Marzo de 1914).

*

En virtud de oposición,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha resuelto nombrar a D. Jesús María Bellido y Golferichs Catedrático numerario de Fisiología humana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, con el sueldo anual de 4.000 pesetas.

Por consecuencia de este nombramiento se declara vacante la plaza de auxiliar numerario del tercer grupo de la Facultad de Medicina de Barcelona, que el interesado desempeña actualmente.

De Real orden, comunicada por el señor Ministro, lo digo a V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. S. muchos años. Madrid, 9 de Marzo de 1914.—El Subsecretario, *Silvela*.

Señor Ordenador de pagos de este Ministerio.

(*Gaceta* de 16 de Marzo de 1914).

*

En virtud de oposición,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha resuelto nombrar a D. Julio Toledo y Manzano Auxiliar numerario del primer grupo de la Facultad Central, con la gratificación anual de 1.500 pesetas.

De Real orden, comunicada por el señor Ministro, lo digo a V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. S. muchos años. Madrid, 9 de Marzo de 1914.—El Subsecretario, *Silvela*.

(*Gaceta* de 16 de Marzo de 1914).

*

Instrucción pública.—*Subsecretaría.*—Nombrando a D. Estanislao del Campo

López, D. Urisasi Bañuelos García y don Manuel de Brioudes y Pardo, auxiliares numerarios del tercer grupo de las Facultades de Medicina de Cádiz, Santiago y provincial de Sevilla. (*Gaceta* del 13 Marzo).

*

R. O. reconociendo derecho a optar por concurso Cátedras numerarias de Fisiología humana de Universidad a D. Augusto Pi Suñer, Catedrático numerario por oposición que fué de la Universidad de Sevilla. (*Gaceta* del 20).

NOTICIAS

La *Gaceta* del día 12 de Marzo publica la lista de los 1.656 aspirantes admitidos en el Concurso para proveer las plazas de Inspectores médicos escolares y odontólogos. No la transcribimos por su enorme extensión.

*

Un obrero en peligro. Acto humanitario. En el camino de Carabanchel, frente al hotel en que habita el Dr. Espina, ocurrió hace poco un suceso que impresionó vivamente a los que lo presenciaron.

Felipe González Montes, obrero de la Compañía Interurbana de Teléfonos, estaba subido a un poste haciendo unos arreglos en un cable, cuando por efecto de contacto sufrió una fuerte descarga que le privó de conocimiento y le produjo varias quemaduras, quedando el infeliz obrero colgado del cable.

Las personas que presenciaban tan emocionante suceso empezaron a demandar auxilio.

De repente surgió entre los presentes un hombre resuelto y valiente, que se decidió a escalar el poste en auxilio del accidentado.

Todo el mundo se quedó asombrado y con el corazón sobrecogido, porque el acto de intentar descolgar al obrero desvanecido era verdaderamente temerario y peligrosísimo, una verdadera heroicidad.

Es e hombre valiente y decidido era el obrero panadero Francisco Santín, de veinticuatro años, que despreciando el inminente riesgo que para su vida tenía aque-

lla operación, subió hasta donde estaba el herido Felipe y le descolgó de los hilos sin que afortunadamente le ocurriera ningún percance.

El Dr. Espina, que había acudido en los primeros momentos, curó preventivamente al lesionado, que tenía trece quemaduras en distintas partes del cuerpo, siendo trasladado después a Madrid en un automóvil.

Francisco Santín recibió ininidad de felicitaciones por su humanitario acto, y el Dr. Espina piensa formular la correspondiente propuesta para que se le otorgue la cruz de Beneficencia.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1914, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le professeur Albert Robin. 1 vol. in-8 de 372 pages. Cartonné: 3 fr.

Ce *Formulaire*, écrit avec concision et clarté, a comblé heureusement une lacune: il réunit et étudie, avec toutes les indications pratiques qu'elles comportent, les acquisitions modernes de la thérapeutique.

L'année 1913 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux; le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin enregistre les nouveautés á mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1914 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique et qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

Viajes científicos de «España Médica»

Una semana en París.—En vista del triunfo conseguido por nuestro querido colega *España Médica*, en su primer viaje a París, a petición de varios compañeros organiza otro para la segunda quincena del mes de Mayo próximo, con objeto de visitar las clínicas, hospitales, institutos y Museos científicos.

Dichos viajes son sumamente prácticos, se realizarán en primera, desde Madrid a Hendaya y en segunda desde Hendaya a París; el hospedaje será en un magnífico hotel muy céntrico; la estancia será de una

semana; habrá guías que acompañen a los viajeros; se celebrarán conferencias y sesiones quirúrgicas en honor de los viajeros, y su coste será de 375 pesetas desde Madrid y 275 desde Hendaya, comprendiendo en el billete estancia en París, medios de locomoción en la capital y toda clase de propinas y gratificaciones.

España Médica, al organizar estos viajes realiza una labor de cultura digna de todo encomio.

Para más detalles, dirigirse al Sr. Administrador de *España Médica*, San Marcos, 39, bajo, derecha.

Apartado 528, Madrid.

*

Con este número recibirán nuestros lectores un prospecto del Suero Antiestreptocócico «Berna», sobre el cual rogamos fijen su atención.

*

Nueva víctima de la ciencia.—El doctor Jox hacía en Calcuta experiencias sobre un antídoto contra las mordeduras de serpientes. En el curso de una experiencia una serpiente le hizo cinco mordeduras en la muñeca. El Dr. Jox cuidó cuatro, pero olvidó la quinta mordedura, muriendo algunas horas después.

*

Monumento a lord Lister en King's College.—Una lápida ha sido colocada en King's College a la memoria de Lister. Lleva la inscripción siguiente: «Esta lápida es erigida a la memoria amada y respetada de Joseph, Barón Lister J. N. S. D. M. profesor de Clínica quirúrgica en King's College de 1877 a 1892 y cirujano consultor en King's College hospital, durante muchos años, miembro del Consejo y gobernador del Colegio. Su nombre pasará a la posteridad como el fundador de la cirugía antiséptica, uno de los más grandes descubrimientos de la historia y una fuente de inestimables servicios para la humanidad.

*

Represión de la esterilidad voluntaria. El Gobierno alemán piensa tomar medidas contra un mal que le parece que amenaza al desarrollo normal de la población en Alemania.

El proyecto de ley anunciado contra la propaganda maethusiana y la limitación de los nacimientos se someterá al examen del Reichstag.

Uno de los artículos se refiere a una multa de 150 marcos al que haga la propaganda o indique algún procedimiento para favorecer la esterilidad voluntaria.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Hemorragias del alumbramiento.—El método de Ribera-Mombruzza en obstetricia, por el Dr. Horno Alcorta; folleto de 12 páginas, 1910.

El Progreso de la Veterinaria.—Revista profesional local, órgano de la Institución Benéfica de los veterinarios españoles.

Queda establecido el cambio.

Las fiebres de malta en Aragón.—Memoria leída en su solemne recepción de Académico en la Real de Medicina de Zaragoza, por el Dr. D. Pedro Ramón y Cajal, Marzo de 1914.

La «Constante uréica» de Ambard.—Tesis del Doctorado, por D. José Izquierdo Sánchez, Madrid, 1914.

Los Progresos de la Clínica.—Sumario del número 15 (Marzo de 1914):

I. Algunas observaciones de tumores de la parótida, por el Dr. D. Miguel Royo, de Salamanca.

II. Las secreciones internas en relación con la Patología mental, por el doctor Fernández Sanz, de Madrid.

III. La vacunación antitífica en la práctica diaria, por el Dr. R. S. Kolbé.

IV. Casos clínicos:

1.º Autoplastia por epiteloma del dorso de la nariz.

2.º Carcinoma del cráneo.

3.º Carcinoma del tiroides.

4.º Lupus verrugoso.

5.º Sarcoma de la muñeca.

6.º Quiste sebáceo del borde libre de los párpados, por el Dr. Greeff, de Berlín.

7.º Molluscum contagioso, por el doctor Greeff, de Berlín.

V. Reseña de las sesiones de Academias y Sociedades médicas.

VI. Revista de la Prensa española y extranjera.

VII. Bibliografía.

Sumario del suplemento:

I. Ventajas que ofrece la suscripción al periódico y mejoras en la Revista para 1914.

II. Disposiciones oficiales.

III. Noticias de interés general.

IV. Partidos médicos vacantes.

V. Correspondencia con los señores suscriptores.

Programa del Curso de Práctica Obstétrica en lengua española, que tendrá lugar en París, en la Clínica de Partos y Ginecología Tarnier, 89, rue d'Assas, del 2 al 24 de Junio de 1914.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1914, par H. Bocquillon-Lamousin, docteur en pharmacie de l'Université de París. Introduction par le Pr. Albert Robin. Un vol. in 8.º de 372 pages. Cartonné, 3 fr. Librairie J. B. Baillière et fils, 19, Rue Hautefeuille, a París.

Boletín de la Asociación de Médicos de Reus.—Publicación mensual. Año I, número 2, Marzo de 1914.

Gustosos establecemos el cambio que solicita.

La constante uréica, de Ambard.—Su valor fisiológico y clínico como método para explorar la función uréica del retraso», por José Izquierdo Sánchez.—«Tesis del doctorado».

He aquí las conclusiones de tan importante trabajo:

1.ª La función secretoria de la urea merece una importancia primordial en la Fisiopatología del riñón, por su alta jerarquía fisiológica y por la transcendencia clínica del síndrome uremígeno a que conducen sus perturbaciones.

2.ª Los criterios para valorarla con exactitud no pueden ser establecidos ni

sobre los métodos clásicos de dosificación de la urea emitida con la orina, ni sobre los más recientes de análisis de la sangre para medir el grado de la uremia; unos y otros, por sí solos, no reflejan sino aspectos parciales de la gran función uréica, por lo que más tienen interés secundario.

3.ª El mecanismo de esa función está sujeto a la intervención de ciertos factores, bien estudiados por Ambard en sus relaciones recíprocas, y obedece a leyes fijas que pueden ser expresadas por una fórmula matemática de carácter general, llamada de la «Constante Urémica» y simbolizada por la letra K.

4.ª El método de la «Constante» de Ambard, se funda en el examen comparado y simultáneo de las ureas sanguínea y urinaria, y debe ser considerado en la actualidad como el indicador más exacto de la capacidad funcional efectiva del riñón, que resume por una simple cifra.

5.ª A título de método mixto, que comprende varios análisis químicos y manipulaciones clínicas, exige una técnica especial y rigurosa, aunque de fácil aplicación en la práctica diaria.

6.ª Las experiencias de la «Constante», que poseemos hasta ahora, demuestran que el estudio particular de la K es un dato seguro para afirmar si la función renal uréica es normal o deficiente y tiene, por lo mismo, gran interés práctico.

7.ª El método de Ambard es ya un elemento indispensable para el diagnóstico de la integridad o decadencia funcional del riñón, porque refleja con absoluta fidelidad las más diversas situaciones clínicas.

8.ª El examen de la «Constante» es igualmente utilísimo para fijar el criterio pronóstico, porque traduce las alternativas de las funciones secretoria renal en las sucesivas etapas evolutivas de las lesiones que la perturban.

9.ª El estudio clínico del método de Ambard, ampliamente realizado por el Dr. M. Chevassu en el servicio de Urología del Hospital Necker, es pródigo en enseñanzas para la Cirugía Urinaria, en cuanto contribuye a precisar los conceptos vigentes en la Patología y la Terapéutica renales.

10. El método de la «Constante» de

Ambard es susceptible de brillantes aplicaciones en Medicina y Cirugía generales, que confirmarán seguramente el valor de que ha dado pruebas en Urología.

CONCURSOS

Sociedad Ginecológica Española

Concurso de dos premios adjudicables en la sesión inaugural del curso académico de 1915.

Tema del premio de la Sociedad Ginecológica Española: «Estudio sobre la pituitrina, sus indicaciones y contraindicaciones en obstetricia.»

Tema del premio Cortejarena: «Resultado de investigación personal acerca de la reacción de Abderhalden en el diagnóstico de los tumores malignos del útero.»

Ambos temas llevan como premio 500 pesetas y un diploma que acredite la concesión de dicho premio para el autor de la mejor Memoria.

Condiciones del Concurso.

1.^a Las Memorias deberán ser originales y estar escritas en castellano.

2.^a A cada una de las Memorias que se presenten deberá acompañar un pliego cerrado en el que conste el nombre y residencia del autor. Este pliego vendrá exteriormente señalado con el lema que figure en la Memoria a que corresponda, escrito con igual letra que la que con que se haya impreso dicho lema en la respectiva Memoria para evitar la confusión que pudiera originar la posible coincidencia de que dos o más Memorias ostenten el mismo lema.

Será excluido del Concurso todo trabajo que se halle firmado por su autor o que contenga alguna indicación que pueda revelar su nombre.

3.^a Quedan excluidos de este certamen los socios numerarios de esta Corporación.

4.^a Las Memorias se dirigirán bajo sobre al presidente de la Sociedad, y serán recibidas por la Secretaría general (Mayor, núm. 1, Colegio de Médicos), de donde se expedirá, a quien lo solicite, el correspondiente recibo de la entrega.

5.^a El Concurso quedará cerrado el día

31 de Octubre de 1914, después de cuyo plazo no será admitida ninguna Memoria que se presente.

6.^a La Sociedad publicará oportunamente los lemas de las Memorias recibidas, así como el de aquella que la Corporación juzgue acreedora al premio.

7.^a Este será públicamente adjudicado en la sesión inaugural del año 1915 al autor de la Memoria o a quien para ello se presente debidamente autorizado, abriéndose en el mismo acto el sobre que debe contener su nombre, a la vez que se inutilizarán los que correspondan a las Memorias no premiadas.

8.^a Toda Memoria recibida para el Concurso quedará propiedad de la Sociedad.

9.^a El autor de la Memoria premiada no podrá reimprimirla sin permiso de esta Academia.

Madrid, 21 de Enero de 1914.—El Secretario general, A. de Udaeta.

Sociedad de Psiquiatría y Neurología

(Plaza de Cataluña, 9).—*Concurso de premios para 1915.*—Esta Sociedad concederá tres premios anuales, de 200 pesetas cada uno, a otros tantos trabajos de experimentación o investigación personal sobre algún punto de neurología o psiquiatría normal o patológica.

La Sociedad nombrará una comisión que se encargará de estudiar los trabajos presentados y proponer la recompensa.

El plazo de admisión de los trabajos terminará el 30 de Octubre del año actual.

Deberán ser presentados al presidente o al secretario de la Sociedad antes de dicha fecha.

Acompañarán los autores una Memoria explicativa de los trabajos de experimentación o investigación que presenten. Esta Memoria ostentará un lema igual al escrito en un sobre cerrado, que contendrá el nombre del autor.

Los autores premiados vendrán obligados a asistir a una sesión especial de la Sociedad para dar las explicaciones que se les pidan, y también a admitir discusión sobre los respectivos trabajos.

Después del 30 de Octubre se publicarán los temas de los trabajos presentados, y

antes de la sesión inaugural de Enero de 1915, el resultado del Concurso.

Barcelona, Marzo, 1915.

El presidente, A. Galcerán Granés.—El secretario, Odón Molés.

Royal Collage of Physicians of London

Premios y medallas Weber Parques.—Premio de 150 guineas y dos medallas de plata. Concurso al que pueden acudir los médicos del mundo entero.

El tema es el siguiente: «Estudio original concerniente al tratamiento de la tuberculosis pulmonar por medio de sustancias que son especialmente antagonistas al organismo patogénico y a sus productos».

Las Memorias serán remitidas durante la segunda semana de Mayo de 1915 a Pall Mall East, Londres. La distribución de los premios se hará en una fecha anterior a 18 de Octubre de 1915.

Congreso internacional de higiene industrial.—El III Congreso tendrá lugar en Viena en Septiembre de 1914. Para informes dirigirse al Dr. Teleky, Turkeustrasse, 23, Viena (Austria).

II Congreso de Médicos escolares de lengua francesa.—Tendrá lugar los días 30, 31 de Julio y 1.º de Agosto en Lión, en la Sala de Congresos de la Exposición internacional de higiene urbana. Reunirá los médicos escolares franceses, los de los países de lengua francesa, así como todos los que se interesan en la higiene escolar.

Tres cuestiones a la orden del día:

1.º a) La enseñanza de la higiene en las escuelas primarias de Francia (Rapport de Dupste); b) la enseñanza de la higiene en las escuelas primarias del extranjero (rapport de Guyon); c) la enseñanza de la higiene sexual en la escuela (rapport de Butte y Mathi).

2.º La organización del servicio médico en los liceos. (Rapport de Blondes y Fouineau).

3.º El baño en la escuela (rapport de Weigert).

Es secretario general, Weiges. Cours Morau, en Lión.

En la Clínica de partos y Ginecología Tarnier, de París, se dará un Curso de Práctica Obstétrica en lengua española, del 2 al 27 de Junio de 1914.

Destinado especialmente a los médicos extranjeros que hablen español, comprenderá 20 lecciones teóricas, aparte de las exploraciones de enfermas y operaciones obstetricales practicadas por los alumnos. Los derechos de inscripción son de 100 francos. Los doctores Paul Bar y Cathala y los Monitores Sres. Pellissier, Labaté y Suárez de Mendoza se encargarán del curso mencionado.

Para más detalles dirigirse al Secretario de la Facultad de Medicina de París, al Jefe de la Clínica de Tarnier, (89, rue d'Assas) o al administrador de HOJAS MÉDICAS.

VACANTES

La de Valdenuño Fernández (Guadalajara), con la dotación de 2.500 pesetas que el Ayuntamiento se obliga a satisfacer al agraciado trimestralmente. Los que deseen desempeñarla dirigirán sus solicitudes en el plazo de treinta días al señor alcalde presidente del Ayuntamiento de esta localidad. Valdeñudo Fernández a 11 de Abril de 1914.—El alcalde, Casimiro Antón.

—La de Magaña (Soria), por traslado a otro partido del que la desempeñó anteriormente, con el haber anual de 200 pesetas, satisfechas del presupuesto municipal por trimestres vencidos. El profesor que resulte agraciado con dicha plaza percibirá, además, en concepto de igualas por la asistencia de su facultad a unas 140 familias acomodadas que existen en esta localidad 2.300 pesetas anuales, satisfechas también por trimestres vencidos, garantizadas y cobradas por la Comisión designada al efecto, dejándole igualmente libre de cargos vecinales. Los licenciados o doctores en la facultad expresada que deseen aspirar a las plazas indicadas, dirigirán sus instancias al alcalde que suscribe en el improrrogable plazo de quince días, contados desde el siguiente al de la inserción del presente anuncio en este periódico,

pues transcurrido que sea el mismo se proveerá. Magaña (Soria) 10 de Abril de 1914. El alcalde, *Pedro Martín*.

—La de Hoyo de Manzanares (Madrid). Declarado desierto al anterior anuncio para proveer la vacante de médico titular de esta villa, por traslado a otro destino del que la produjo, se anuncia con el sueldo de 750 pesetas por la asistencia de ocho familias pobres, pudiendo declarar el Ayuntamiento hasta veinte, y 1.000 más que le abonará el Ayuntamiento trimestralmente y sin descuento alguno, si acepta la condición de cobrar a los vecinos una peseta mensual que serán 110, dejándole en libertad de contratar ocho o diez familias pudientes que viven en casas diseminadas, resultando de 3.000 a 3.250 pesetas. Es población sana, con buenas aguas y colonia veraniega; dista de Madrid 30 kilómetros y 15 de Colmenar Viejo, distando de las estaciones de Torreldones, Villalba y las Matas 10 kilómetros. Dirigirán sus solicitudes al señor alcalde en treinta días de plazo, acompañadas de documentos que acrediten los méritos profesionales, siendo preferidos los que justifiquen práctica en hospitales. Hoyos de Manzanares 7 de Abril de 1914. — El alcalde, *Anastasio Blasco*.

—Dos de médico de Valmaseda (Vizcaya), villa de 3.660 habitantes, cabeza del partido judicial de su nombre, a 27 kilómetros de Bilbao. Tiene estación de ferrocarril. Tiene ocho agregados; dotada con el haber anual de 1.000 pesetas cada una, pagaderas por meses vencidos de fondos municipales. Solicitudes por treinta días. (B. O. del 1.º de Abril). — El alcalde, *Salvador Ródenas*.

—Una de Viana (Orense), villa con Ayuntamiento de 8.016 habitantes, cabeza del partido judicial de su nombre, a 34 kilómetros de Rúa Petín, que es la más próxima. Tiene 41 parroquias agregadas; correspondiente al primer distrito de este Municipio, por defunción, dotada con el sueldo anual de 999 pesetas, que percibirá el médico agraciado por trimestres veni-

dos del presupuesto municipal, teniendo por obligación la asistencia a 250 familias pobres del Ayuntamiento y el cumplimiento de todas cuantas prescripciones le impone el Reglamento de 14 de Junio de 1891 y la Instrucción general de Sanidad de 15 de Enero de 1904. Solicitudes por treinta días. (B. O. del 2 de Abril). — El alcalde, *A. María*.

—La de Farlete (Zaragoza), lugar con Ayuntamiento de 499 habitantes, a 24 kilómetros de Pina, que es su partido judicial, y 32 de la capital, cuya estación es la más próxima; por defunción, con el sueldo anual de 750 pesetas, pagadas del presupuesto municipal, más 1.750 pesetas a que ascienden las iguales con los vecinos. Las solicitudes se dirigirán a esta Alcaldía por el plazo reglamentario. (B. O. del 3 de Abril). — El alcalde, *Faustino Sodeto*.

—La de Burgui (Navarra), villa con Ayuntamiento de 767 habitantes, a 38 kilómetros de Aoiz, que es su partido judicial, y 77 de la capital, cuya estación es la más próxima; por defunción, con el sueldo anual de 750 pesetas, pagaderas de fondos municipales, por trimestres vencidos. Además por la asistencia facultativa a las familias acomodadas percibirá el agraciado el sueldo anual de 1.750 pesetas, pagaderas en dos soluciones iguales en los meses de Abril y Septiembre de cada año. Solicitudes por treinta días. (B. O. del 3 de Abril). — El alcalde, *Fermín Eguinoa*.

—La de Celadas (Teruel), lugar con Ayuntamiento de 798 habitantes, a 16 kilómetros de la capital, que es su partido judicial. La estación más próxima, Cella, a ocho kilómetros; por dimisión, efecto de hallarse enfermo y proceder al restablecimiento de su salud; su dotación anual consiste en 750 pesetas la primera y en 650 pesetas y 150 fanegas de trigo centeno, equivalente a 64 hectolitros y dos decalitros la segunda, pagado todo por el Ayuntamiento al finalizar el año del contrato. Solicitudes por el plazo reglamentario. (B. O. del 7 de Abril). El alcalde, *Pedro Gómez*.

OBSTETRICIA

PLACENTA PREVIA.—SU TRATAMIENTO.

Los casos de placenta previa que he tenido ocasión de asistir hasta hoy han sido cinco. En dos de ellos solamente parte del borde placentario caía sobre el orificio interno del cuello uterino; en los demás la placenta previa era sencillamente central.

El extracto de las historias clínicas correspondientes a dichos casos es el siguiente:

Caso 1.º M. L., multípara, de 42 años, sin antecedentes; ocho partos anteriores normales. El embarazo último igual a los anteriores con ligeros trastornos digestivos y nada más.

Al reconocerla apreció: cuello dilatado casi por completo, presentación de vértice OIIA, y entre la cabeza y el cuello uterino en la parte anterior la procedencia de un cotiledón placentario del tamaño de un huevo de paloma. Había hemorragia moderada, la bolsa de las aguas permanecía íntegra, los dolores eran pequeños y tardíos.

Tratamiento. — Perforación de las membranas. Ordené a la parturienta que hiciese algunos esfuerzos, pues fiaba poco de aquel útero tantas veces grávido y que en el parto anterior, por mí asistido también, se había contraído con una debilidad rayana en la atonía. A los esfuerzos de la madre respondía perfectamente la cabeza fetal, descendiendo en pocos minutos a la excavación, y ya en ella, procuré y conseguí propulsar el cotiledón procedente entre la cabeza fetal y la sínfisis pubiana, empujándolo hacia arriba con los dedos índice y medio.

El parto terminó felizmente: niña viva.

Después de expulsado el feto, se presentó una hemorragia algo intensa que me obligó a practicar el alumbramiento artificial. Prescribí una porción de ergotina.

Puerperio: Sin complicación ninguna.

Caso 2.º L. L., multípara, de 27 años. Débil constitución. Sus hijos son raquíticos. Antecedentes patológicos: fué anémica, es catarrosa habitual y dismenorréica, padece de leucorrea, falta de apetito y presenta el hábito exterior de los predispuestos a la tuberculosis, no siéndolo en el momento de mi observación.

Sus embarazos han sido penosos por el mismo estado constitucional. En el que motivó mi asistencia tuvo hemorragias al tercero o cuarto mes, no muy abundantes, menos que durante sus menstruaciones, suspendiéndose en los meses sucesivos hasta que llegó al término de su embarazo.

Sin motivo, estando durmiendo, se presentó ocho días antes de dar a luz una hemorragia abundante que caló los colchones de la cama. Fuí llamado con urgencia y cuando acudí al lado de la enferma la hemorragia había cesado. El cuello uterino estaba cerrado; sin embargo, pude diagnosticar la placenta previa por la sensación de almohadillado que experimentaba el dedo al comprimir el cuello uterino sobre la cabeza fetal. La presentación era de vértice. A prevención la hice el taponamiento vaginal. Al día siguiente retiré



el tapón que salió limpio de sangre y aconsejé a la enferma la permanencia en cama. No puse nuevo tapón.

La hemorragia, aunque algo considerable, no lo fué tanto que pusiese a la enferma en malas condiciones para esperar, y decidí seguir una conducta expectante.

En los tres días siguientes no hubo metrorragia; al cuarto, y también por la noche, repitió con menos intensidad; el cuello uterino seguía cerrado y no había dolores; hice una irrigación con agua caliente y coloqué nuevo tapón, que también salió limpio al día siguiente. Al fin, al octavo día de su primera metrorragia aparecieron dolores de parto acompañados de pérdida de sangre, pequeña en relación con las dos anteriores. El cuello uterino presentaba una dilatación suficiente para permitir la penetración de dos dedos y pude apreciar el tejido placentario ocupando casi totalmente el orificio interno; en la parte posterior aprecié las membranas, logré perforarlas con el dedo índice y cesó la hemorragia.

El parto siguió un curso normal y el alumbramiento fué fácil, sin gran hemorragia. El feto nació vivo.

Estado puerperal algo prolongado por causa de la anemia.

Caso 3.º X. X., de 25 años, secundigesta, bien constituida, sin antecedentes patológicos. Había tenido un año antes un parto prematuro de seis meses sin causa conocida. En el embarazo actual ningún trastorno digno de mención.

A los siete meses de su segunda gestación tiene una hemorragia y llama a su médico, un distinguido compañero de esta capital, quien diagnosticó: parto prematuro por placenta previa. Advirtió a la familia la gravedad del caso, y después de recurrir a irrigaciones calientes y taponamientos sin resultado, soy llamado en consulta.

La enferma, a mi llegada, presentaba los síntomas de la anemia aguda, había tenido un síncope y la sangre formaba charco debajo del lecho. Convinimos en la intervención con toda urgencia, y practiqué el parto forzado, según técnica que describiré luego, y el alumbramiento artificial. Feto nacido muerto.

Inyectósele suero, se practicaron irrigaciones calientes y antisépticas y a los diez días la enferma comenzó a levantarse del lecho, estaba fuera de peligro, en franca convalecencia.

El puerperio fué apirético.

Caso 4.º B. M., de 28 años, segundípara, bien constituida, sin antecedentes morbosos de importancia. El primer parto fué prematuro, dando a luz un feto de siete meses, muerto, no pudiendo determinar la causa de tal distocia, pero desde luego no atribuible a la sífilis.

Esta señora habitaba en un pueblo, y cuando su embarazo último llegó al séptimo mes, tuvo una metrorragia, fué asistida por el médico del pueblo que diagnosticó la presentación de placenta previa y advirtió a la familia la gravedad de esta anomalía. Fué trasladada a Zaragoza y por recomendación de un compañero fué encargado de su asistencia.

La noche siguiente a su llegada a Zaragoza tuvo nueva hemorragia que se cohibió perfectamente con un tapón vaginal. Ausencia de dolores y de dilatación del cuello uterino.

Retiro el tapón a las doce horas próximamente, la dejo sin tapón durante las horas del día y vuelvo a colocar otro para las horas de la noche. Al retirar este tapón al otro día observé algo de fetidez en el olor y decidí no volver a taponarla, sino intervenir si se presentaba nueva hemorragia.

Así sucedió al tercer día. Mi intervención fué el parto forzado. El feto nació muerto por lo relativamente lenta que hice la extracción ante el temor de un desgarro del cuello uterino.

Alumbramiento artificial por expresión.

Puerperio apirético y sin hemorragias secundarias.

A los ocho días la enferma abandonaba el lecho.

Caso 5.º M. M., múltipara, de 40 años, bien constituida. Partos anteriores distócicos todos por presentación de hombro. Este en que yo intervine era el cuarto, y no fué, en verdad, el menos fecundo en accidentes.

Durante el curso de una infección grippal y al final del embarazo, que ninguna particularidad había ofrecido, tuvo una metrorragia intensa. El médico de cabecera practicó el taponamiento y la hemorragia cesó; a los cuatro días nueva hemorragia; a los ocho otra, y la enferma llegó a tal extremo de gravedad que se le administraron los últimos Sacramentos.

Soy llamado en consulta y, al explorar la enferma, confirmé la gravedad del caso, que supuse desesperado.

Su estado general era alarmante: 150 pulsaciones, 49,5º de temperatura, gran disnea, anemia profunda.

Enterado por el distinguido compañero del curso de la enfermedad, convinimos en que la enferma era una embarazada a término, que padecía una *brucopneumonia grippal gravísima, en el curso de la que se presentaba el parto con placenta previa.*

Inmediatamente intervinimos practicando el parto forzado manual, y el alumbramiento artificial, previos los cuidados naturales, dado el estado de la enferma (inyección de suero Hayem cafeinizado). El puerperio fué lleno de accidentes, pues era una señora indómita, difícil de someterse a las prescripciones facultativas; no obstante, se consiguió la no infección del aparato genital, y a los dos meses fué dada de alta de su afección pulmonar.

La técnica seguida para practicar el parto forzado en los tres últimos casos fué:

Previos los cuidados de asepsia que son de rigor y *sin anestesia* penetré con los cuatro dedos de la mano derecha dentro de la vagina y fuí en busca del conducto cervical, en el que introduje el índice, imprimiéndole movimientos circulares, cada vez más amplios; logré dilatar el cuello lo suficiente para introducir el dedo medio, el anular y el meñique en forma de piña, y lo suficientemente adentro para lograr la dilatación del orificio interno del cuello uterino al mismo tiempo que todo el conducto. Conseguida la dilatación casi total, al extender simultáneamente los cuatro dedos, procedo a reconocer el segmento ovular accesible.

En el caso 3.º aprecié las membranas en la parte posterior y por allí perforé con un dedo y penetré dentro del huevo. En los otros dos casos (4.º y 5.º) no me fué posible alcanzar el reborde placentario y me ví precisado a talar la placenta, próximamente por el centro de la zona explorable, valiéndome del dedo índice. Una vez en contacto directo con el feto practiqué la versión; en el tercer caso fué suficiente la introducción de dos dedos dentro de la matriz para conseguir prender un pie; en el 4.º y en el 5.º necesité introducir toda la mano.

Conseguido el descenso del pie, mantuve en él una tensión moderada, logrando la extracción total del feto en unos treinta minutos.

En ninguna enferma administré el cloroformo y todas resistieron las maniobras perfectamente.

En ninguna usé instrumento alguno.

En el caso 5.º fué el único en que coloqué a la enferma en el borde de la cama. En todas las demás practiqué la intervención en la posición ordinaria (decúbito supino, piernas en flexión y rodillas separadas), sin encontrar dificultades para las maniobras dignas de hacer preferente la otra posición.

Los resultados de esta técnica no pueden ser más felices: las tres enfermas curaron y en cuanto a la mortalidad fetal no creo sea ni mayor ni menor que con los demás procedimientos, pues compararla es imposible, ya que las estadísticas publicadas se refieren a la mortalidad fetal en los casos de placenta previa, pero sin distinguir si se trataba de variedad marginal o central. En esta última todos los autores convienen en que es muy elevada; en mi pequeña estadística, en los tres casos el feto nació muerto: lo prematuro del parto en el caso 3.º, el feto muere con tres o cuatro días de antelación, en el caso 5.º restan ya dos nacidos muertos que no pueden imputarse a la técnica seguida. Solamente en el caso 4.º el feto vivía hasta minutos antes de extraer la cabeza, y fué culpa de la lentitud de la extracción el que naciese muerto.

En este caso, único discutible, el respeto a la vida de la madre, y el evitar posibles rasgaduras del cuello uterino, motivó la muerte del feto, que por otra parte, y aunque de término, era pequeño y desmedrado.

De los tres casos que voy comentando, sólo en el 3.º se consiguió la expulsión del feto, una vez practicada la versión, por los esfuerzos naturales del parto; en los otros dos las contracciones uterinas fueron tan débiles que abandonar el parto a los solos esfuerzos de la naturaleza, hubiese sido prolongar por varias horas una situación nada útil para la madre y el feto. En su consecuencia, practiqué tracciones moderadas a cada contracción y el parto terminó a los tres cuartos de hora.

En ningún caso empleé la anestesia por el cloroformo, ni otra alguna; esta es una de las particularidades de la técnica empleada para realizar el parto forzado. Otra es el no haber usado instrumento alguno.

La anestesia clorofórmica no la rechazo, ni mucho menos, en Obstetricia; quienes la rechazan y temen son las mismas pacientes o su familia. No usándose en España con la frecuencia que en otras naciones, el público es refractario a su empleo, y el tocólogo, no sé si influido por este ambiente, trata de emplear la cloroformización lo menos posible, recurriendo a ella sólo en casos extremos. No por el prejuicio del vulgo, sino por no creer de necesidad la anestesia, yo no la usé, en contra de la opinión de los autores que al tratar del parto forzado comienzan diciendo: *previa la anestesia clorofórmica...* como cosa corriente e imprescindible en dicha intervención.

Por lo que he visto y practicado no se me alcanza la razón del por qué de la anestesia en tales casos.

¿Es por evitar el dolor de la maniobra? Las tres mujeres en que practiqué el parto forzado lo soportaron bien sin quejarse en términos tales que indicase grandes sufrimientos.

¿Es por relajar los músculos del periné y facilitar la introducción de la mano en la vagina? Pues resulta desproporcionado el beneficio que se va a obtener con el peligro de una cloroformización profunda. Bien lubricada la mano, raro será el caso en que ocasione dolores insufribles su introducción en la vagina. Yo no he tenido ocasión de encontrar uno.

¿Es por influir sobre la contractilidad o retractilidad del útero?

Primero habrán de ponerse los tocólogos de acuerdo acerca de la acción que ejerce el cloroformo sobre la musculatura uterina, pues unos opinan que excita su contractilidad y otros que la disminuye, y lo mismo ocurre respecto a la retractilidad; estos opinan que previene las hemorragias y aquellos que las provoca.

Carezco de experiencia propia sobre el particular y por ello no sé quién tiene razón; mas la misma disparidad de opiniones me hace pensar o que la influencia de la anestesia sobre los elementos contráctiles del útero es insignificante, o que es muy incierta, y en uno u otro caso creo lo más aceptable

el abstenerse de la anestesia cuando una indicación bien precisa no la reclame.

El no emplear instrumento ninguno para realizar el parto forzado es digno de tenerse en cuenta, principalmente en la práctica rural, por la facilidad que supone el poder prestar asistencia completa a las parturientas con placenta previa central sin más auxilio que las manos, sin necesidad de dilatador ni globos de goma.

La dilatación del cuello se logra perfectamente con los dedos en la forma ya indicada, y en cuanto al empleo de la *metreusis* es más teórico que práctico: además del instrumental, costoso y de difícil empleo, que con facilidad se encuentra deteriorado cuando queremos echar mano de él, está la razón principal, que es que para colocar un globo de Champetier de Rives en el interior del útero tenemos que dilatar el cuello en grado tal, que ya es posible la perforación de las membranas o de la placenta, que es lo importante, por ser el remedio más seguro para cohibir la hemorragia, el peligro mayor de la placenta previa.

La dilatación instrumental es más brusca, más difícil y más peligrosa que la digital. Nuestros dedos aprecian el estado del cuello, su mayor o menor dilatabilidad, su resistencia. Con dilatador mecánico sólo apreciamos la resistencia, y sin frecuentes exploraciones nos exponemos a que la dilatación se efectúe a beneficio de desgarros.

No en todos los casos de placenta previa se impone como tratamiento el parto forzado. Bajo este punto de vista hay que tener en cuenta dos categorías: 1.ª Casos en que la placenta es marginal. 2.ª Casos en que la placenta es sensiblemente central.

El 1.º y el 2.º casos de los por mí observados, corresponden a la primera categoría; los tres últimos a la segunda.

Coincide generalmente con *placenta previa marginal* una presentación de vértice; en cambio con *placenta previa central*, en los casos por mí asistidos, ha coincidido siempre una presentación transversal o de nalgas y nunca de cabeza.

En los casos de la primera clase, generalmente se puede esperar para intervenir el comienzo del parto; en los de placenta central casi nunca dan tanta espera y hay que intervenir en *frío*.

Raro es que antes del parto, con ocho o más días de antelación, no haya alguna hemorragia que nos anuncie la posibilidad de una placenta previa; sin embargo, así ocurrió en el caso 1.º de los reseñados. Lo más frecuente es que aparezcan hemorragias en los últimos meses del embarazo. Si tales hemorragias son motivadas por placenta previa, ¿qué debemos hacer?

Sin ser partidario del taponamiento vaginal, yo en todos los casos he recurrido a él de primera intención, pero advirtiendo a la familia que tal proceder era tan sólo un compás de espera, que de repetirse la hemorragia intervendría provocando el parto sin más dilación.

Hay que saber lo que es encargarse de la asistencia de un parto con placenta previa para darse cuenta de la intranquilidad que sufre el tocólogo mientras está alejado de la enferma afecta de esta anomalía de inserción placentaria.

En todo momento cree será llamado con urgencia por nueva hemorragia más grave que la primera y quién sabe si mortal.

Por eso y por ser lo más racional y científico, sólo uso el taponamiento una o lo más dos veces. El taponamiento vaginal lo efectúo con gasa estéril, valiéndome de un espéculum bivalvo y de unas pinzas de curaciones uterinas. No cambio de posición a la enferma, colocando el tapón estando en decúbito

supino con los miembros inferiores flexionados y las nalgas elevadas por un cojín o almohada.

Las enfermas agradecen mucho este método que no las obliga a colocarse en posición obstétrica.

Retiro el tapón a las 12 ó 18 horas, procurando que sea durante el día cuando la enferma esté sin él, por ser más fácil acudir a su socorro al repetirse la hemorragia. Si creo conveniente repetir el taponamiento, lo efectúo al anochecer y lo retiro en la visita de por la mañana, al día siguiente. El momento de intervenir lo fijan multitud de circunstancias. Casos habrá en que la primera hemorragia sea tan copiosa que la intervención sea inmediata; en otros la pérdida de sangre puede ser moderada y dar tiempo a que los fenómenos del parto aparezcan y sea ya durante él cuando intervengamos.

Las intervenciones pueden ser desde la simple perforación de las membranas hasta el parto forzado.

Cada una tiene sus indicaciones precisas.

En los casos más felices, cuando al principio del parto se presente la hemorragia y al reconocer la enferma nos encontramos con el cuello uterino suficientemente dilatado para comprobar que la causa de la hemorragia es una placenta previa marginal, con perforar las membranas habremos llenado la indicación precisa y no tendremos que hacer más que aguardar a que el parto termine espontáneamente, sin más intervención.

Podrá ocurrir que ante una hemorragia por placenta previa marginal no podamos perforar las membranas porque el cuello insuficientemente dilatado no nos permita llegar a ellas. Entonces si la hemorragia es copiosa y ya hay contracciones uterinas, practíquese la dilatación digital del cuello lo suficiente para llegar a las membranas y perfórense éstas; si no hay dolores y la hemorragia es la primera, hágase el taponamiento vaginal bien hecho.

Si las hemorragias han sido ya varias, dos, o a lo más tres de alguna importancia, aun cuando no haya dolores, dilátase el cuello uterino, perfórense las membranas o la placenta y sin más espera practíquese el parto forzado, que pudiera llamarse *en frío*, por la técnica antes descrita.

Si la hemorragia copiosa coincide, como suele ocurrir, con el principio del parto; si perforado el huevo la pérdida sanguínea continúa, hay que adelantar la expulsión del feto y de la placenta todo lo posible, recurriendo al forceps, si las condiciones son a propósito, o a la versión podálica y al alumbramiento artificial por expresión (con mucho cuidado) o manual (del que soy más partidario).

Los cuidados puerperales que he tenido con mis enfermas se han reducido a los corrientes de dietética, reposo e higiene unidos a inyecciones de suero Hayem, irrigaciones intrauterinas con frenosalil o permanganato potásico en disolución al medio por mil, durante los cuatro días siguientes al parto, suspendiéndolas si hasta entonces no había aparecido reacción febril, como sucedió en todas las paridas, excepto en el 5.º caso, en que hubo fiebre, pero no de origen genital, como se comprobó por la ausencia de fetidez de los loquios y de dolores uterinos, por cuyo motivo también suspendí las irrigaciones en esta enferma.

En aquellas en que el estado de anemia fué acentuado y el apetito escaso, prescribí con gran éxito preparados a base de hemoglobina y arsénico.

Dr. MIGUEL J. ALCRUDO.



PEDIATRÍA

LA RECALCIFICACIÓN EN LOS NIÑOS

El método recalcalcificante es una de las mejores armas, por no decir la mejor, que en la hora actual poseemos contra la tuberculosis, pues tiene por objeto oponerse a las condiciones humorales que preparan el terreno para la germinación y que favorecen la pululación en el organismo del bacilo de Koch; tal es la conclusión lógica de la teoría de Ferrier, que dice: *el tratamiento profiláctico individual de la tuberculosis ha de ser el que se oponga a la decalcificación; el tratamiento curativo debe ser el que asegure, por medios apropiados, la recalcalcificación de un organismo decalcificado.*

Estudiando Ferrier la decalcificación en los tuberculosos, sorprendióle la frecuencia de la caries dentaria en estos enfermos, y observó que los brotes tuberculosos coincidían con los brotes de caries dentaria, y que la caries dentaria se detenía cuando mejoraba la tuberculosis. Examinando las orinas en el momento de los brotes de caries dentaria, comprobó una fosfatúria abundante, que se acompañaba de la pérdida de peso, todo lo cual le hizo pensar que las sales calcáreas juegan gran papel en la nutrición general y en la energía de crecimiento; la decalcificación prepararía el terreno y debilitaría las defensas orgánicas.

La acción de la cal aparece claramente en la cretificación de los tubérculos curados, que se encuentran en la autopsia de los viejos: lesiones que parecen han sido limitadas por la infiltración calcárea; además, conocemos la resistencia de los caleros a tuberculizarse.

De esta doctrina ha nacido el método terapéutico de la recalcalcificación.

A este propósito, hablando Sergent de las enteritis pretuberculosas que provocan una gran expoliación de cal, preparando así el terreno a la bacilosis, se alza contra la medicación por los fermentos lácticos, la que asociada al régimen vegetariano es eminentemente decalcificante; dice haber visto varios enfermos tuberculizarse por abuso de esta medicación.

El método de Ferrier tiende a combatir las causas de expoliación calcárea y a introducir en el organismo sales de cal susceptibles de ser fijadas por los tejidos, por lo cual aconseja el empleo de las sales insolubles (carbonato de cal y fosfato tricálcico); las sales de cal solubles (glicerofosfatos, clorhidrofosfatos, cloruro de cal, etc.), son eliminadas rápidamente en su casi totalidad. El cloruro de cal, empleado solo, no ha dado resultados favorables, aparte su acción coagulante, que le hace estar indicado en las hemoptisis.

La razón de elegir las sales *insolubles* está basada en los estudios hechos sobre la migración de las sales de cal en el organismo y en que la fijación de éstas se debe a la intervención del ácido carbónico de la sangre en la que la cal introducida está bajo la forma de compuestos orgánicos. Estos compuestos orgánicos, que tan importante papel desempeñan en la utilización de las sales insolubles, son los *hidratos de carbono*, según ha probado Baudin, en experiencia hecha sobre el pan, nuestro habitual alimento, y el

más rico en sales minerales insolubles; de lo que se deduce que se facilita la asimilación de la cal, suministrándola combinada con hidratos de carbono.

Para esto se prescribe además una higiene alimenticia conveniente. En primer lugar, hay que descartar la *sobrealimentación*, que acarrea la dispepsia y las fermentaciones gastro intestinales, tan decalcificantes; en segundo término, es necesario prolongar los intervalos de las comidas, y en tercer lugar, elegir los alimentos.

Las dos primeras reglas se apartan del régimen habitualmente preconizado en la tuberculosis pulmonar; pero están acordes con las prescripciones de los médicos pediatras. *Alimentación moderada y comidas espaciadas*, son las dos condiciones esenciales de la higiene de los niños.

Los alimentos aconsejados por Ferrier y Sergent son los que prescribimos a nuestros pequeños dispépticos a diario: sopas espesas, lacticinios, huevos, molleja de ternera, pescados hervidos, carnes asadas a la parrilla o tostadas sin salsa, legumbres en puré (patatas, zanahoria, guisantes, habichuelas), pastas, arroz, frutas cocidas y confituras, el pan tostado o muy cocido (la corteza).

Hay que suprimir los alimentos grasos, los ácidos y los fermentados; así mismo los *jarabes, los balsámicos y los alcoholes*.

Como bebidas se prescribirán las aguas bicarbonatadas cálcicas: *Alhama de Aragón, Alhama de Granada y Solán de Cabras*, entre las españolas; *Pougues* y *La Malou*, entre las francesas; hay que tener cuidado de destaparlas con anterioridad, para dejar escapar el ácido carbónico libre.

Los enfermos harán *tres comidas sin sobrealimentación*, y a la misma hora.

A mitad de cada una de las comidas tomarán un cachet compuesto de:

Fosfato tricálcico	o, grs. 50
Carbonato de cal	o, » 30
Cloruro de sodio	o, » 15
Magnesia calcinada	o, » 10

A los niños que no pueden tragar estos cachets se les prescribe de esta forma, en paquetes:

Fosfato de cal	o, grs. 25
Carbonato de cal	o, » 20
Cloruro de calcio	o, » 15
Magnesia calcinada	o, » 10

para tomar uno antes de las dos principales comidas, bebiendo inmediatamente, medio vaso de una de las citadas aguas bicarbonatadas cálcicas.

Si hay tendencia a la diarrea, se suprime la magnesia de estos paquetes.

Después de 10 ó 15 días de cura cálcica, se suspende durante igual tiempo.

Concurrentemente, y alternando con los paquetes cálcicos, pueden emplearse las inyecciones de cacodilato de sosa, o bien la solución siguiente:

Arseniato de sosa	o, grs. 03
Agua destilada	100 »

para tomar una cucharadita de las de café antes de las principales comidas.

Un adyuvante precioso de la recalcificación será la adrenalina; sabido es, cuán frecuente son las alteraciones suprarrenales en el curso de la tuberculosis y el papel de la pequeña insuficiencia (astenia e hipotensión arterial más o menos marcadas y manifestaciones melanodérmicas atenuadas) en la tuberculosis y proceso de decalcificación.

Esto sin perder de vista la contraindicación formal en los tuberculosos congestivos, hipertensos, que presentan frecuentes hemoptisis.

La idea de su empleo en el curso de la remineralización surgió de los sorprendentes resultados obtenidos en la osteomalacia, lo que explica la recalcificación comprobada también en casos de fracturas, que tardan mucho a consolidarse; esto nos induce a suponer cuán complejo y capital es el papel de estas glándulas.

En los adultos se prescriben veinte gotas por día de la solución de clorhidrato de adrenalina al uno por mil. Si se quiere emplear en los niños tuberculosos sometidos a la recalcificación, se darán solamente diez gotas por día de la misma solución al milésimo.

Los resultados obtenidos por M. Sergent, después de seis años de experiencia, son por demás alentadores.

Tiene este tratamiento las siguientes ventajas:

1.^a Es poco costoso y relativamente eficaz, no impidiendo otros tratamientos (cacodilato de sosa, aire, etc.)

2.^a No es incompatible con la continuación del trabajo, si bien este argumento no puede ser invocado refiriéndonos a los niños.

3.^a No presenta contraindicaciones en las tuberculosis torpidas: en la adenopatía brónquica con adelgazamiento; en las secuelas pleuríticas; como así mismo en los tumores blancos y demás localizaciones médicas o quirúrgicas de la tuberculosis crónica.

4.^a Muchos enfermitos se benefician, disminuyendo su fiebre, renaciendo su apetito y aumentando en peso.

5.^a Este método rinde sus mejores efectos, como he tenido ocasión de observar en la pre-tuberculosis y en la tuberculosis inicial, o como dice Sergent: *es un agente de primer orden en los predispuestos, y un medio curativo maravilloso al comienzo de la enfermedad*; y

6.^a En las fases avanzadas no puede dar más que una mejoría relativa y no una curación; pero la mejoría la da casi siempre.

Debe aconsejarse con reserva e intermitencia en los esclerosos hipertensos, pues pudiera favorecer la calcificación del sistema vascular.

Para terminar, diré que no es un tratamiento específico de la tuberculosis; que la cura higiénica se impone ante todo; que es un tratamiento de fácil realización y, en una palabra, inofensivo.

DOROTEO GÓMEZ GARCÍA.

Haro, 14 de Abril de 1914.

REVISTA DE REVISTAS

La escarlatina en los niños de corta edad. =

Las siguientes observaciones estrictamente en 11.481 casos de fiebre escarlatina que fueron tratados de 1907 a 1912 en el Hospital de Niños Enfermos, en San Petersburgo, por el Dr. L. B. Axenor:

1.^o La escarlatina es rara en los niños de pecho, sobre todo en los niños de edad

inferior a seis meses, y rarísima en los de edad inferior a tres meses.

2.^o Es mayor el número de los enfermos entre los niños del sexo masculino que entre los femeninos. Esta observación aplicase, por lo demás, a todos los escarlatinosos.

3.^o Hay más casos con complicaciones entre los niños a partir de seis meses que en las criaturas, pero la evolución es más grave en los primeros.

4.^o La angina gangrenosa es la com-

plicación más peligrosa, siendo la linfadenitis la más frecuente.

5.º Los fenómenos que constituyen la evolución de la enfermedad en ambos grupos de niños (niños de pecho y niños más viejos), son los siguientes:

a). El peso del cuerpo cesa de aumentar, pero disminuye en los casos favorables. El peso disminuye solamente en los casos que deben tener un desenlace fatal.

b). Los niños de pecho tienen menos fiebres; los días de fiebre son también más raros. Antes de la muerte se observa el descenso rápido de la temperatura.

c). Es más rápida la evolución de la enfermedad, a consecuencia de reducción de los períodos de erupción y desescamación.

d). Ni la erupción ni la desescamación son muy intensas. El intervalo entre los dos períodos es más largo que de ordinario.

e). Las complicaciones rara vez se presentan aisladas; en la mayor parte de los casos van asociadas unas con otras.

f). Las complicaciones manifiestan más rápidamente una tras otra. Son precoces, con excepción de la nefritis.

g). Fuera de la nefritis y de la artritis, las demás complicaciones se observan con mayor frecuencia. Sus manifestaciones respectivas preséntanse más graves.

h). Así las nefritis como las artritis son casos relativamente excepcionales.

i). La evolución de la enfermedad es ya muy grave, ya muy benigna. Los casos de gravedad media son rarísimos.

j). Por lo general, la escarlatina es más peligrosa para los niños de pecho que para los niños más viejos.

k). El suero Moser es menos eficaz en los niños de pecho que en los demás.

(Gazette Medicale de Paris).

Repetición de angina diftérica.

En la sesión del día 21 de Marzo de 1914, de la Real Academia de Medicina de Madrid, el Dr. Hernández Bruz, académico corresponsal, refiere el caso siguiente: se trata de un niño de tres años, que hace año y medio padecía difteria faríngea contagiada de un hermano, y a quien en dicha fecha se inyectó suero inoportuna- mente. El niño curó de aquel episodio en pocos días. Recientemente ha vuelto a ver este niño, que se sospechaba padecía difteria nuevamente, como así era en efecto.

El día que fué visto por el orador tenía 39º, gran infarto del lado izquierdo del cuello, voz tomada, gangosa, y dificultad al hablar y deglutir. La angina estaba localizada en el lado izquierdo de la faringe, cubriendo la amígdala una placa muy extensa. Al día siguiente se habían extendido mucho más las falsas membranas, recubriendo la úvula y el borde libre del paladar.

Al enfermo se inyectaron enseguida 20 centímetros cúbicos y además se dispusieron toques en la angina con un pincel empapado en dicho suero. A las treinta horas se desprendieron las falsas membranas y la temperatura era casi normal. El examen bacteriológico comprobó el diagnóstico clínico. El enfermo sólo tuvo después urticaria ligera y parálisis leve del velo del paladar, que curó por medio de la tintura alcohólica de nuez vómica.

En atención a lo observado en este caso y en los demás que de difteria ha visto el Dr. Briz, cree que el suero debe ser inyectado siempre que se sospeche dicha afección, sin esperar a saber el resultado del análisis bacteriológico.

Refiere este caso por tratarse de repetición de difteria en plazo breve, hecho no frecuente.

Dr. Gómez García.



TRIBUNA LIBRE

EL PORVENIR DEL MÉDICO

Hace algunos días se presentó en mi casa una señora solicitando un socorro en metálico. Me enseñó un pliego de papel en el que, tras el encabezamiento justificador de la demanda, leí unas cuantas firmas de médicos conocidos y de cantidades por ellos entregadas. Me apresuré a imitar la conducta de mis compañeros y quise hacer algunas preguntas a la señora aquella. Era viuda de un médico y tenía dos niños. Su marido, luchando varios años en un pueblo por defender la salud de los demás, perdió la suya; en su incesante trabajar por proteger vidas ajenas, le sorprendió la muerte sin haber podido asegurar la vida de los suyos. Ahora la viuda, en nombre del muerto y de sus hijos, hacía un llamamiento a los compañeros de profesión para poder trasladarse a otra tierra, más hospitalaria tal vez; les tendía la mano en súplica de una limosna que todos daríamos seguramente con tanta indignación como piedad.

A poco de marcharse la señora, cayó en mis manos una revista profesional. Quiso la suerte que tropezase con un hermoso y sentido artículo de Jacques Rochebonne. Se titulaba «Miserias de médicos», y lo leí. Era un bello canto de ironía al penoso vivir profesional. En él se hablaba de altruismos intensos pagados con ingratitudes humanas; de heroismos ignorados recompensados con orfandades sin amparo; de abnegaciones y desintereses que jamás obtienen premio alguno; de sufrimientos y penas que no se advierten nunca, por no exteriorizarse; de prácticas y charlatanerías siempre calumniadas, aun sin saber su justificación; de miserias médicas que nadie se encarga de mitigar. Terminé la lectura del artículo y volví a acordarme de la señora que momentos antes me había visitado. Y el recuerdo de ambas cosas me persiguió, durante algún tiempo, torturador y pertinaz como una pesadilla.

¿Cuál es el porvenir del médico en general? Causa pena el pensarlo. Observando y estudiando al detalle el malestar presente, bien pronto se adivina el futuro. ¿Cuáles son las causas del malestar actual? Muchas. Excesivo número de médicos; insuficiencia en la enseñanza; leyes de utilidad social, bien o mal hechas, mejor o peor interpretadas, pero siempre cumplidas a expensas de la clase médica; miserables luchas profesionales, tanto más encarnizadas cuanto menos justificadas están; falta de protección en quien podía y debía prestarla; intrusiones que nadie se molesta en atajar; consultorios gratuitos a los que no importa que acuda gente rica; sociedades mutuas en las que tiene cabida todo el mundo... Con razón decía ya en 1810 el iustre Leroux, decano de la Facultad de Medicina de París, en el discurso inaugural del año aquel: «El que se dedique a la Medicina debe tener con qué cubrir sus necesidades. Si se encuentra en la indigencia, ¿quién le salvará de las humillaciones? ¿Qué garantías puede presentar contra las acciones reprobables, a las cuales están desgraciadamente expuestos aquellos a quienes persigue la fatalidad?»

La mayor parte de las gentes creen que son los médicos seres privilegiados a quienes las privaciones no alcanzan nunca y con quienes la miseria no traba relación jamás. ¡Claro! Es que los médicos de las ciudades habitan casi siempre las mejores calles, se instalan en buenas casas, hacen la visita en coche, ganan mucho dinero. Es que los médicos de los pueblos tienen un sueldo seguro, tal vez coche propio, un caballo de silla por lo menos. Es que la profesión médica es muy noble y muy honrosa y muy necesaria y muy lucrativa, hasta el extremo de que empieza a dar dinero desde el primer día en que quiere ejercerse, cosa que no pasa con la mayor parte de las profesiones. Es que los médicos tienen que intervenir en casi todas las incidencias de la vida. Es que la carrera de Medicina tiene muchas *salidas*: hay Cátedras y hay Auxiliares; hay Beneficencias Municipales y Provinciales; hay Sanidad Interior y Exterior; hay Ejército y Armada; hay Juzgados y Cárceles; hay Saneamientos y Establecimientos de Baños; hay Plagas en el Campo y Fábricas y Talleres en la Industria; hay Compañías de Seguros y Sociedades de Socorros Mutuos; hay muchas poblaciones y muchos pueblos. ¡Si se necesitarán médicos! Y alucinadas las gentes ante la perspectiva de un cuadro en el que la purpurina dió sus mejores toques, creen que las palabras *médico* y *dinero* deben de ser sinónimas. Y de aquí que unos aconsejen estudiar Medicina y otros la estudien; y de aquí el excesivo número de médicos; y de aquí el desbordamiento del río profesional, con todas sus funestas consecuencias, ante la imposibilidad de retener el aumento del caudal de sus aguas.

He hablado de insuficiencia de enseñanza como causa importante del actual malestar de los médicos, y no he de insistir sobre un punto que todos cuantos han pisado Facultades conocen. Incompetencia absoluta para enseñar en unos, incapacidad para aprender en otros, apatías en la mayor parte, muchos discursos y pocas experimentaciones, muchos libros de texto y pocas clínicas; he ahí la enseñanza actual. Nada más natural que haya que empezar a estudiar cuando parece que se ha terminado; nada más lógico que la poca confianza de las gentes en los médicos noveles y de muchos de éstos en sí mismos; nada más justo que llegue a constituir esto un motivo más de lucha, que, sumado a otros de índole diversa, sirva para coadyuvar al malestar actual de los sacerdotes de la Medicina.

He hablado también de las llamadas leyes de utilidad social. Y en este extremo sí que hay que fijarse detenidamente, por ser precisamente el que más en evidencia pone la enorme desproporción que reina entre el exagerado altruismo de los médicos y la manifiesta injusticia de las gentes todas. Se legisla, supongamos, sobre materia sanitaria y se dictan disposiciones muy saludables y muy necesarias; los encargados de *hacer higiene* son los médicos en general; pero en tanto que hay un Inspector para cada provincia, que cobra, los demás médicos no perciben nada por sus trabajos. Se declara la vacunación obligatoria y es muy lógico y muy humanitario que se vacune a todo el mundo; y he aquí que todos se creen obligados a ser vacunados gratuitamente, aunque sean ricos; y en tanto que algunos desinteresados con el bolsillo ajeno dirigen campañas contra la viruela, otros cuantos que, exclusivamente de su labor profesional viven, llevan el peso de las tales campañas *gratis et amore*. Se crean Dispensarios Antituberculosos, por ejemplo, y otra vez los médicos luchando contra la peste blanca, sin preocuparse de más, siendo verdaderamente estupendos los hechos de que no se pregunte a nadie que se visita en tales Centros cuál es su posición social y de que no sea gratuita otra cosa que la visita del médico. Se establecen Sociedades de Socorros Mutuos y se presta asistencia médica por cantidades insignificantes; y en la benéfica institución tiene cabida el obrero y el industrial y el propie-

tario; y la misma cuota pagan; y por el mismo tanto alzado se les visita. ¡Ah! Si siempre que al médico se le molesta se recompensase debidamente su servicio, no existiría seguramente esa crisis económica que, ocultamente y en la actualidad, sufre una parte del cuerpo médico.

No quisiera hablar de ese factor etiológico del malestar médico presente que se llama lucha profesional, porque mi pluma inquieta tropieza en escollos de rubor y de discreción y de indignación y de lástima. Críticas severas de la labor profesional de este o el otro compañero, charlatanerías encaminadas a convencer de competencias exclusivas, reclamos más propios de subasta que de sacerdocio, todo se pone en juego para adquirir ventaja en la lucha. Para muchos de los que llegaron a la cumbre, son los de abajo algo así como ruedecillas inútiles que nada suponen en el intrincado engranaje del vivir humano; para muchos de éstos son los primeros algo así como unos señores feudales modernos que no tienen más leyes que la sinrazón y la injusticia. La soberbia y engreimiento de algunos cuyos nombres consagró la fama, son causas inductoras de muchas acciones reprobables; la necesidad y el anónimo de muchos ignorados sociales, son también factores que inducen a prácticas dignas de la mayor censura. Si ese compañerismo sano que anidó durante algunos años en los pechos de los escolares no hubiese enfermado en los médicos de partido y hubiese muerto en los de población, otra muy distinta sería la ética profesional y otros y más sabrosos los frutos que daría.

Aparejadas con las luchas de que acabo de hablar están las intrusiones; no esas intrusiones materiales, bien definidas y sancionadas por los Códigos, que perjudican menos de lo que a primera vista parece, sino de esas otras de orden moral en virtud de las que todos invaden el terreno de todos. Mientras haya médicos que actúen de practicantes y comercien con medicamentos; en tanto que haya farmacéuticos que visiten y prescriban; siempre que haya practicantes que formulen y obren por cuenta propia; mientras subsistan profesionales que aleccionen a las gentes en perjuicio de la clase, dándoles a conocer sustancias y dosis y síntomas y prácticas nuevas, será imposible también el mejoramiento económico de la clase.

Respecto al desamparo de la clase médica, a la falta de apoyo y protección en que vive por culpa de quien no se los da, pudiendo hacerlo, acude a mi memoria el recuerdo de un magistral artículo que el exgobernador don Enrique Polo de Lara publicó en *El Liberal*, de Sevilla, a propósito de la clase médico-rural y que también podría hacerse extensivo a muchos de los médicos que en las poblaciones ejercen su abnegada profesión. Con una riqueza de colorido a la que van unidas la veracidad más grande y la sinceridad más noble, pinta la niñez y juventud de médicos y farmacéuticos dedicados al trabajo y al estudio; los sacrificios de los padres para darles una carrera honrosa; los ensueños de sus hijos, adolescentes ya, impregnados de ilusiones acariciadoras y esperanzas risueñas; más tarde, el título que ha de darles personalidad científica y social, que ha de proporcionarles su bienestar y el de una familia amante en lontananza; después, el amar al prójimo, el devolver la salud al enfermo, el consolar al triste, el luchar cara a cara con la muerte por defender una vida, el ser hijo digno de la Patria que le vió nacer; por último... el darse cuenta de la realidad aplastante de sus ensueños y sus deseos y sus propósitos; las groseras humillaciones, el menosprecio de su valía social e intelectual, la negación de sus derechos, la autoridad del cacique, la carencia de lo más preciso para poder vivir... Mira en torno suyo y sólo contempla ingratitudes e injusticias. Escruta el porvenir y no ve un edificio para los médicos enfermos o incapacitados para el ejercicio de su profesión, ni un asilo para sus viudas desamparadas, ni un hospicio para sus huérfanos

que, con el último suspiro de su padre, se les acaba el pan... Razón y bien sobrada tiene el exgobernador ilustre; quienes son esclavos de la profesión más noble y más sagrada; quienes olvidan el dolor propio para acordarse de lágrimas ajenas; quienes recogen como principal riqueza que asegure el mañana las ingraticudes de hoy, y a pesar de todo se conforman sin réplica y se resignan sin protesta, y a pesar de todo aman su profesión... bien merecían de los Gobiernos algo que tendiera a mejorar su presente, algo que asegurase su porvenir.

No parece sino que Milton, el famoso poeta ciego, se inspiró en la clase médica para escribir aquellas palabras del canto XII de su "Paraíso perdido": «... que por el vicio padezca la virtud, que el bueno por el malo a Dios se ofrezca, y el justo del injusto la injusticia pague...»

ANTONIO MARTÍN MARTÍNEZ

MODESTO USÓN, EDITOR * BARCELONA * VALENCIA, 83

Técnica Clínica Médica

Semeiología

ELEMENTALES

Publicadas bajo la dirección del **DR. EMILIO SERGENT**, Médico de los hospitales de París

Con la colaboración de los doctores **Ribadeau-Dumas**, Médico de los hospitales **Lian**, Antiguo interno de los hospitales — **D'Heucqueville**, Antiguo interno de los hospitales — **Fecarotta Esteban Chauvet**, Interno de los hospitales **Pruvost**, Interno de los hospitales — **Hazard**, Interno de los hospitales

Con 212 figuras intercaladas y 2 láminas fuera de texto

Prefacio del **Dr. Justo Lucas-Championnière**, traducido por el **Dr. M. Montaner**, con un prólogo del **Dr. D. Eusebio Oliver Aznar**, Catedrático de Patología general de la Facultad de Medicina de Barcelona

Dos tomos en 8.º de 900 páginas en junto, con 212 grabados y dos láminas de color fuera de texto.

PRECIO: 7 pesetas el tomo primero * 6 pesetas el tomo segundo



PROFESIONALES

DISPOSICIONES OFICIALES

*Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.—Real orden.—*Ilmo. Sr.: Vistas las instancias elevadas por varios alumnos de distintas Facultades que quedaron suspensos en los exámenes realizados en Diciembre último a virtud de lo dispuesto en la Real orden de 7 de Octubre de 1913, en súplica de que se les conceda examinarse en los de Junio próximo, pues de no efectuarlo hasta la convocatoria de Septiembre les ocasionaría enormes perjuicios en su carrera por no faltarles más que una asignatura para terminarla;

Vistos los informes favorables emitidos por los Decanos de las Facultades y por el Rector de la Universidad Central,

S. M. el Rey (q. D. g.), accediendo a lo solicitado, ha tenido a bien disponer que los alumnos, tanto de la enseñanza oficial como de la no oficial, que hubiesen obtenido la calificación de suspenso en los expresados exámenes extraordinarios de Diciembre, sean admitidos a los que se han de celebrar en los meses de Mayo y Junio próximos.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid 27 de Marzo de 1914.—*Bergamín*.—Señor Subsecretario de este Ministerio.

(Gaceta del 3 de Abril de 1914).

**

*Ministerio de la Gobernación.—Real orden.—*Ilmo. Sr.: Resultando del acta relativa al Concurso celebrado en el día de ayer, en cumplimiento de la orden de convocatoria de 20 de Febrero último, para proveer las Direcciones médicas de los Establecimientos balnearios, vacantes en la forma que determina el artículo 29 del Re-

glamento de Baños; que, previa lectura de la expresada convocatoria y del escalafón del Cuerpo, se procedió al sorteo de los Médicos reconocedores que determina el artículo 162 de la Instrucción general de Sanidad, resultando elegidos: D. Mariano Salvador y Gamboa, D. Francisco Ledo y don Domingo Fernández Campa; que procediéndose después a la provisión de las Direcciones vacantes y que vacasen por las circunstancias del Concurso, solicitó don Enrique Doz, la de Archena; D. Agustín Lacort, Puente Viego; D. Eduardo Menéndez Tejo, Urberuaga de Ubilla; don César García Teresa, Alzola; D. Cipriano Alonso, Caldas de Cuntis; D. Benito Avilés, Arnedillo; D. Ramón Llord, Trillo; don Domingo Fernández Camps, Caldelas de Tuy; D. Eduardo Bravo, Villavieja de Nules; D. Miguel Gómez Camaleño, Cortegada; D. Ubaldo Castells, La Aliseda; don Enrique Pratosí, La Puda; D. Ramón Gelada, Solares; D. Sixto Botella, Incio; don Pedro Tello, Sacedón; D. Rafael Fraile, Villaro; D. Rosendo Castells, Molgas, y D. Arturo Daza, Alhama de Murcia:

Vistos los artículos 29 y 35 del Reglamento de Baños, la orden de convocatoria y el art. 162 de la Instrucción general de Sanidad:

Considerando que el Concurso referido se ha ajustado a las prescripciones reglamentarias y a las de la convocatoria, S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Que se apruebe el expresado Concurso, expidiéndose los respectivos nombramientos a los Médicos Directores interesados en él, para todos los efectos reglamentarios del artículo 162 de la Instrucción general de Sanidad; y

2.º Que se declare constituida la Comisión reconocedora en la forma expues-

ta a los efectos del ya citado artículo 162.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y fines consiguientes. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid 26 de Marzo de 1914.—*Sánchez Guerra*.—Señor Inspector general de Sanidad interior.

* * *

Real orden circular.—La Inspección general de Sanidad exterior, con fecha de hoy, dice a este Ministerio lo siguiente:

«Excmo. Sr.: A pesar de las indicaciones dadas en Circulares anteriores, con el objeto de que la estancia temporal de niños en los Sanatorios de Oza (Coruña) y Pedrosa (Santander) contribuyera en todos sentidos a la lucha contra la tuberculosis, esta Inspección ha observado que dichas indicaciones no se han cumplido con el mayor rigor, quedando algo desvirtuado, por lo tanto, el fin para que fueron creados dichos Sanatorios.

»Se hace, pues, necesario insistir una vez más acerca del objeto a que tienden estos Sanatorios marítimos, de los medios convenientes para que aquél se realice y de cuál debe ser el criterio que ha de presidir a la admisión de niños en aquéllos, tanto más, cuanto que las innovaciones introducidas en el de Oza exigen modificar, ampliándolos, los requisitos de ingreso.

»El fin perseguido hasta ahora en los Sanatorios de Oza y Pedrosa fué la terapéutica curativa y preventiva contra la tuberculosis por medio de la cura marina y solar, la vida al aire libre y el régimen de reposo y alimentación a que deben someterse los niños *tuberculosos incipientes* o en *fase inicial* y los *pretuberculosos* durante la estancia temporal en dichos Sanatorios.

»Son, por tanto, las condiciones de *tuberculoso incipiente* o de *pretuberculoso*, según el caso, las que deben llenar los niños para su ingreso, entendiéndose la primera aquella que sin presentar manifestaciones clínicas locales, notorias y contagiosas, *dan reacción positiva a la tuberculina* (cutirreacción de Pirquet), y la segunda representada por aquellos niños hereditariamente débiles, raquíuticos y anémicos, *aunque no den reacción positiva a*

la tuberculina, pues en realidad están dichos niños en condiciones abonadas para el desarrollo de la tuberculosis.

»El ingreso de esta segunda categoría de niños debe estar supeditada al de los de la primera, es decir, que sólo quedando plazas disponibles después del ingreso de los niños que hemos llamado *tuberculosos incipientes* o *iniciales*, pueden ingresar estos últimos, tenidos por *pretuberculosos*.

»Lo que no puede admitirse sin falseamiento de la finalidad dicha es el ingreso de niños sanos en los Sanatorios.

»Es necesario repetir que estos niños sanos sólo son tributarios de las *Colonias Escolares de verano*, sean marinas o de montaña, pues el régimen a que se les debe someter difiere del que se sigue en los Sanatorios. De ingresar esos niños en estos establecimientos, no sólo perturbaría su marcha, sino que perjudicaría a los niños verdaderamente necesitados de la vida de Sanatorio, quitándoles plazas que de derecho les corresponde.

»Resta un grupo de niños, definitivamente tuberculosos, que quedaban excluidos del ingreso en estos Sanatorios, aunque de hecho se les admitió en temporadas anteriores, no obstante las reglas establecidas. Comprende este grupo todas las tuberculosis locales, en período agudo o crónico, con deformidades o sin ellas, abiertas o cerradas.

»Ahora bien, así como los niños *tuberculosos incipientes* y *pretuberculosos* exigen para obtener buen resultado de su tratamiento marino una estancia media de cuatro meses en los Sanatorios, los niños con *localizaciones tuberculosas* (o sea articular, ganglionar y peritoneal, cerradas o abiertas), requieren un tiempo indefinido de estancia y el empleo de medios terapéuticos adecuados. Someter estos enfermos al mismo plan que a los tuberculosos iniciales y a los pretuberculosos y admitirlos en igualdad de condiciones y tiempo sería cometer una grave equivocación.

»Atendiendo a estas razones, se ha construido en el Sanatorio de Oza un pabellón dotado de todo el material necesario para el tratamiento de las tuberculosis externas, muy especialmente de las de huesos y articulaciones, habilitándose otro de igua-

les condiciones que el anterior para llenar indicaciones idénticas.

»De este modo queda transformado parte de dicho Sanatorio en *permanente* aunque funcionando el resto del mismo por tiempo limitado (temporada), como en años anteriores, para el tratamiento de los tuberculosos iniciales y pretuberculosos tantas veces citado.

»Con el fin de que en ningún caso se desvirtúen desnaturalizándolas las finalidades de estos establecimientos, esta Inspección general tiene el honor de proponer a V. E. que, si lo estima conveniente, se digna aprobar las reglas que siguen como modificación y ampliación de la Real orden de 14 de Marzo de 1910:

»1.^a Que los Sanatorios de Oza y Pedrosa admitirán temporalmente sólo niños *tuberculosos iniciales* y *pretuberculosos*.

»2.^a Que a estos Sanatorios podrán concurrir, indistintamente, niños de todas las provincias de España.

»3.^a Que las Diputaciones provinciales, los Ayuntamientos, Sociedades oficiales y particulares podrán solicitar el número de plazas para niños y niñas que deseen ocupar en los Sanatorios.

»4.^a Que recibidas en esta Inspección general las solicitudes de concurrencia, si el número de plazas de cada establecimiento no fuera suficiente para atender desde luego todas las peticiones, se determine mediante sorteo, las provincias que en primer término hayan de enviar sus niños.

»5.^a Que serán de cuenta de las Corporaciones todos los gastos de viaje, manutención y estancia de los niños, a razón de 1'50 pesetas diarias por cada plaza y su vestuario personal, y de cargo del Estado aquellos otros de personal médico pedagógico, administrativo y de servicio, como también lo son los de conservación del edificio, material de enseñanza, ropas de cama y aseo y servicio de comedor y cocina.

»6.^a Que si las Corporaciones lo desean podrán ir a recoger los niños de ambos sexos los Maestros y Maestras adscritos al Sanatorio respectivo, así como acompañarlos en el viaje de regreso, debiendo, en estos casos, abonar a dicho personal los gastos de viaje que se les produzca.

»7.^a Que se autorice la concurrencia de niños y niñas como pensionistas, independientes de las agrupaciones indicadas. Estos niños no disfrutarán trato especial alguno, y su cuota diaria será también de 1'50 pesetas. Queda al cuidado de la familia ingresarlos y recogerlos del Sanatorio.

»8.^a Que antes de ingresar en el Sanatorio sean sometidos los niños a la cutirreacción por la tuberculina.

»9.^a Queda suprimida la admisión de personas que pretendan acompañar a estos pensionistas durante su estancia en los Sanatorios.

»10. Que sea excluido todo niño, pretuberculoso o tuberculoso incipiente, que padezca enfermedad contagiosa o se encuentre en el período contagioso de la convalecencia de una enfermedad eruptiva.

»11. Que la cartilla correspondiente a cada niño se llene en el punto de partida, procurándose, por quien corresponda, aportar el mayor número de datos posible. Estas cartillas serán entregadas o remitidas al Director del Sanatorio al ingresar el niño.

»12. Que los niños tuberculosos incipientes y pretuberculosos deben permanecer por término medio cuatro meses en los Sanatorios.

»13. Que los niños con tuberculosis locales, principalmente ósteo-articulares, ganglionares y peritoneales, pueden ser admitidos en el Sanatorio de Oza, en los pabellones preparados a este objeto.

»14. Que la permanencia de estos niños debe ser indefinida y condicionada por las indicaciones del jefe quirúrgico de dicho Sanatorio.

»15. Que las Diputaciones provinciales, los Ayuntamientos o las Sociedades y los particulares podrán solicitar el ingreso de esta clase de enfermos en cualquier época del año.

»16. Que la cuota diaria para el sostenimiento de estos niños es de dos pesetas, quedando de cuenta de las Corporaciones, etcétera, los gastos de viaje, vestuario, y el ingresarlos y recogerlos en el Sanatorio.

»17. Que recibidas en esta Inspección general las solicitudes de ingreso para estancia permanente de niños tuberculosos,

se determinará su admisión según las plazas vacantes que existan; y

»18. Que estos niños no podrán ingresar sin el reconocimiento previo del jefe quirúrgico del Sanatorio».

Y conformándose S. M. el Rey (que Dios guarde) con el preinserto informe de la Inspección general de Sanidad exterior, se ha servido resolver como en el mismo se propone, debiendo considerarse sin efecto alguno, cuanto a las prescripciones que contiene se oponga la Real orden de este Ministerio fecha 14 de Mayo de 1910.

Dios guarde a V. S. muchos años. Madrid 31 de Marzo de 1914.—*Sánchez Guerra*.—Señores Gobernadores civiles.

(Gaceta del 14 de Abril de 1914).

NOTICIAS

Varios médicos de esta población nos han suplicado trasmitamos a la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos de Zaragoza el deseo de que se cumpla lo acordado en la Junta del 1.º de Abril del año pasado, respecto a la celebración de una Asamblea de las clases médicas con los Colegios de Médicos y Farmacéuticos y Practicantes, en la cual podrían tomarse acuerdos encaminados a combatir las intrusiones que a diario se cometen en la práctica profesional.

No sólo accedemos gustosos a lo solicitado por esos compañeros, sino que unimos al suyo nuestro ruego para que dicha Asamblea sea pronto un hecho.

Con el presente número recibirán nuestros lectores un prospecto del nuevo preparado **Paidina**, poderoso reconstituyente infantil.

Recomendamos su lectura.

El Ateneo de Sevilla, con ocasión de sus próximos Juegos Florales, ha señalado un premio de un reloj de oro, donado por la Real Maestranza de Caballería de esta ciudad, y 250 pesetas de la Sociedad al mejor trabajo sobre el tema «Medios prácticos para hacer descender rápidamente la mortalidad en Sevilla».

Juzgarán los trabajos el Presidente de la Sección de Medicina D. Mauricio D. Adame, D. Gabriel Lupiáñez y D. José Salvador Gallardo (Secretario).

*

Nuestro distinguido amigo el Dr. D. Aurelio Ferrán ha obtenido el número 4 en las oposiciones recientemente celebradas para cubrir las plazas de Sanidad exterior que se hallaban vacantes.

Reciba nuestra más cordial enhorabuena.

*

Los profesores del Instituto Médico-Quirúrgico de la Encarnación han obsequiado con un banquete al distinguido director de dicho Instituto, D. Rodolfo del Castillo y Ruiz, con motivo de su triunfo en las recientes elecciones para diputados a Cortes.

*

Nuestro distinguido compañero D. Ave-lino Benavente pasa en estos momentos por el amargo trance de haber perdido a su señora esposa.

Le damos nuestro sincero pésame y nos unimos a su sentimiento.

*

Ha marchado a París, en viaje de ampliación de estudios, nuestro querido compañero el Dr. Ruiz Ibarra, redactor de HOJAS MÉDICAS.

Objeto preferente de su viaje es la asistencia a las Conferencias teórico-prácticas que sobre Electrología y Radiología ha organizado la Sociedad de Médicos jefes de los Laboratorios.

Desde la capital francesa remitirá a esta Revista algunas crónicas que seguramente saborearán con deleite nuestros lectores.

Feliz viaje.

*

Aguas de Villaza.—Reciente aún el brillante triunfo obtenido por estas excelentes aguas minero-medicinales naturales, en la Exposición anexa al IX Congreso Internacional de Hidrología e Higiene, celebrado en Madrid en Octubre de 1913, donde merecieron del Jurado la *Medalla de oro*, que fué la más alta recompensa concedida, sus concesionarios, los señores Viuda e Hijos de Juan Fuentes Pérez, ban-

queros de Orense, han recibido cablegramas participándoles que en la Exposición Internacional de Artes e Industrias Modernas de Higiene, Administración y Productos varios, que actualmente se celebra en Londres, el Jurado acordó conferirles el *Diploma de Gran Premio, con Medalla de Oro*.

Felicitamos a los concesionarios, distinguidos amigos nuestros, por esta nueva distinción.

*

Retirada.—El sabio profesor de la Universidad de Mompeller, Dr. Grasset, ha presentado al ministro francés su dimisión de catedrático de Patología y Terapéutica generales, que con unánime aplauso venía desempeñando desde hace tiempo. Funda su dimisión en que en el corriente año cumple el cuadragésimo de su enseñanza y que ha celebrado esta fecha con la publicación del *Tratado de Patología y Terapéutica generales*, que es como la síntesis de su vida científica, el testamento de su ahorro intelectual al frente de la enseñanza.

Recuerda con elocuencia que la espontánea dimisión del Dr. Fonsagrives, cuando aún no había cumplido la edad reglamentaria, produjo en éste suma alegría, pues vió a la juventud, que esperaba el ascenso, con cuánta satisfacción subía, y el propio Dr. Grasset, con sus sesenta y cinco años solamente, quiere hoy sentir aquella satisfacción de Fonsagrives y también la no menos íntima de retirarse del profesorado antes que le abandone su buena estrella, con peligro acaso del buen nombre de la ilustre Escuela de Mompeller.

Esta dimisión es un hecho insólito en la vida académica universal y mucho más raro en España. Por eso hallamos mucho más digna de aplauso la generosa actitud de tan sabio maestro francés.

En la época estival que este año parece anticiparse, el **Búlgarol** resolverá en muchos casos el tratamiento insustituible de las diarreas verdes de los niños y demás enteritis propias del estío.

Homenaje al Dr. Ulecia.—El eminente Dr. Martínez Vargas, presidente del Pri-

mer Congreso Español de Pediatría que con tanto éxito acaba de celebrarse en Palma de Mallorca, ha remitido a los deudos del Sr. Ulecia el siguiente telegrama:

«Palma Mallorca 20-4-13 h. 30.

Sección Puericultura Primer Congreso Español Pediatría ha rendido homenaje grata memoria puericultor español Rafael Ulecia.—Presidente, *Martínez Vargas*.

*

Ha sido presentado al Ministro de Instrucción Pública por el Dr. D. Francisco de Castro, Catedrático de Farmacia de la Universidad Central, un estudio muy meditado que este distinguido Profesor ha hecho, a fin de identificar a los alumnos, y que resulta sencillo y acertado. Consiste en una ficha que ha de llevarse en la Secretaría general y en las de las Facultades, en la que consta la historia académica de cada uno. Por las Secretarías de cada Facultad se extenderá un «carnet» que lleva el retrato del alumno, y en el que consta que se halla cursando la carrera. Con éste, y facilitándolo de las autoridades respectivas, podrán entrar en los Museos para completar sus conocimientos, y al mismo tiempo podrá servir para ser reconocidos en Correos y demás, pidiendo a las empresas de ferrocarriles que hagan alguna rebaja a los que acrediten su profesión de estudiante.

*

En atento B. L. M. nos comunica el señor Presidente del Colegio de Practicantes que dicha entidad posee actualmente un aparato de masaje eléctrico vibratorio, cuyo funcionamiento conocen perfectamente todos los señores Practicantes colegiados.

Trasmitimos la noticia a los médicos en general por si en su práctica profesional necesitan llenar alguna indicación de masaje eléctrico.

*

Leída en su totalidad la lista general de médicos que ejercen la profesión en Zaragoza y su provincia, hemos podido observar que hay bastantes sin colegiar.

A la par que excitamos el reconocido celo de la actual Junta de Gobierno para

trabajar por la total colegiación de los médicos, llamamos la atención de los compañeros no colegiados para que no persistan en su actitud de aislamiento, que da por resultado la falta de unión que en todo momento debe existir entre todos y cada uno de los miembros que integran la clase médica en general.

VACANTES

La de médico titular, por dimisión del que la desempeñaba, de Campillo de Aragón (Zaragoza), villa con Ayuntamiento de 668 habitantes, a 28 kilómetros de la cabeza de partido, que es Ateca, y 92 de la capital. La estación más próxima, Alhama de Aragón, a 24 kilómetros, dotada con el haber anual de 750 pesetas por la Beneficencia, que le serán abonadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal ordinario, más 2.000 pesetas por las igualas de los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 1.º de Junio al alcalde D. Lucas Herraz.

—La de médico titular, por falta de aspirantes en su anterior convocatoria, de Guirguillano (Navarra), lugar de 601 habitantes, a 13 kilómetros de la cabeza de partido, que es Estella, y 30 de la capital. La estación más próxima, Biurrun Campanas, a 20 kilómetros, dotada con el sueldo anual de 1200 pesetas, y con sujeción a las condiciones aprobadas por la superioridad que se hallarán de manifiesto en esta secretaría, quedando el agraciado en libertad de contratar con los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 2 de Junio al alcalde D. Felipe P. de la Ciriza.

—La de médico titular, por renuncia del que la desempeñaba, de Carballedo (Lugo), compuesto de 24 parroquias, que en junto hacen 9.804 habitantes, siendo la capital de ellas Castro, a 3 kilómetros de la cabeza de su partido, que es Chantada, y 64 de la capital. La estación más próxima, Peares (Orense), a 6 kilómetros, dotada con el sueldo anual de 2.000 pesetas. El contrato será por tiempo ilimitado y el agraciado contraerá la obligación de prestar servicio gratuito de asistencia a 150

familias pobres del Municipio que se le señalarán, quedando en libertad de concertar igualas con los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 2 de Junio al alcalde don Federico Fernández.

—La de médico titular, por enfermedad del que la desempeñaba, de Utande (Guadalajara), villa con Ayuntamiento de 368 habitantes, a 15 kilómetros de la cabeza de partido, y 38 de la capital. La estación más próxima, Jadraque, a 13 kilómetros, dotada con el sueldo anual de 150 pesetas, pagadas de los fondos municipales, por la asistencia de las familias pobres, más lo que le produzcan las igualas con los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 4 de Junio al alcalde D. Manuel Ayuso.

—La de médico titular, por defunción del que la desempeñaba, de Gaztelu (Gipuzcoa), lugar de 314 habitantes, a 5 kilómetros de la cabeza de partido, Tolosa, que es la estación más próxima, y 16 de la capital, dotada con el sueldo anual de 75 pesetas, pagadas del presupuesto municipal por Beneficencia, más lo que le produzcan las igualas con los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 4 de Junio al alcalde D. Bartolomé Echevarría.

—La de médico titular de Valdelarco (Huelva), villa con Ayuntamiento de 979 habitantes, a 16 kilómetros de la cabeza de partido, Ayamonte, y 90 de la capital. La estación más próxima, Jabugo-Galarozza, a 10 kilómetros, dotada con el sueldo anual de 1.750 pesetas, pagadas de los fondos municipales por la asistencia de las familias pobres, quedando en libertad el agraciado de concertar igualas con los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 4 de Junio al alcalde D. José García Domínguez.

—La de médico titular de Villaseca de Araci (Soria), lugar de 209 habitantes, a 33 kilómetros de la capital. La estación más próxima, Almazán, a 29 kilómetros, dotada con el sueldo anual de 50 pesetas, pagadas de los fondos municipales por la asistencia de las familias pobres, más lo que produzcan las igualas con los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 4 de Junio al alcalde D. Marcos Vallejo.

—La de médico titular, por renuncia

del que la desempeñaba, de Lastras de Cuéllar (Segovia), lugar con Ayuntamiento de 905 habitantes, a 22 kilómetros de la cabeza de partido, que es Cuéllar, y 44 de la capital. La estación más próxima, Yanguas, a 36 kilómetros, dotada con el sueldo anual de 1.000 pesetas, por la asistencia facultativa de 25 familias pobres, incluso la Guardia civil, pagadas por trimestres vencidos de fondos municipales, pudiendo celebrar contratos con 280 familias pudientes, bajo las condiciones acordadas por la Junta municipal. Solicitudes hasta el 4 de Junio al alcalde D. Antonio Arribas.

—Una de las plazas de profesor titular de Medicina de Sevilla, la cual se proveerá por concurso con arreglo a la vigente Instrucción general de Sanidad y Reglamento del Cuerpo de médicos titulares de España, asignado a la sección de asistencia domiciliaria del Cuerpo benéfico-sanitario municipal, dotada con el haber de 2.500 pesetas anuales, que resulta vacante. Los profesores que aspiren a obtener el expresado cargo presentarán en el registro general de la secretaría municipal las solicitudes correspondientes, acompañadas de los respectivos títulos, certificado que acredite la cualidad de pertenecer al Cuerpo de titulares de España y demás documentos que conceptúen pertinentes y justifiquen méritos. El plazo para la admisión de solicitudes termina el 9 de Junio, al alcalde, Marqués de Torrenueva.

—Una de las plazas de médico titular, por renuncia de D. Manuel Fuentes, de Palma del Río, (Córdoba), ciudad con Ayuntamiento de 7.914 habitantes a 92 kilómetros de la capital. Tiene estación de ferrocarril, dotada con el sueldo anual de 1.500 pesetas por la asistencia de las familias pobres que le correspondan, quedando el agraciado en libertad de celebrar contratos particulares con los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 7 de Junio al alcalde D. Miguel Jerez.

—La de practicante, de nueva creación, de Alfaro (Logroño), cabeza de partido de 5.938 habitantes, a 66 kilómetros de la capital. Tiene estación de ferrocarril, dotada con el sueldo anual de 250 pesetas y

obligación de prestar sus servicios a familias pobres. Solicitudes hasta el 7 de Junio al alcalde D. Higinio Ayala.

—La de practicante, por dimisión motivada por imposibilidad física del que la desempeñaba, de Magallón (Zaragoza), villa con Ayuntamiento de 1.813 habitantes, a 50 kilómetros de la capital y 6 de la de Borja. Tiene estación del ferrocarril, dotada con el sueldo anual de 25 pesetas pagadas de los fondos municipales por Beneficencia, más lo que puedan producirle los demás servicios anejos a su cargo. Solicitudes hasta el 9 de Junio al alcalde don Juan Antonio Gascón.

—Dos de practicante de Ciudad Rodrigo (Salamanca), dotadas con el haber anual de 575 pesetas, pagadas por mensualidades vencidas y para la asistencia de una a trescientas familias pobres en cada uno de los dos distritos 1.º y 3.º, denominados del Arrabal del Puente y Arrabal de San Francisco, respectivamente, a que aquéllas corresponden. Solicitudes por treinta días (B. O. del 26 de Abril).—El alcalde, *Angel Mirat*.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Hemos tenido la satisfacción de ser visitados por la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, prestigioso colega de brillante historia dentro del periodismo español. Unianos con su fundador, el inolvidable doctor Ulecia, una entrañable amistad, y por ello agradecemos doblemente la deferencia de su actual director el Dr. D. Federico Toledo de la Cueva, de establecer el cambio con nuestra modesta publicación.

*

La Pratique de L'Héliothérapie, pour A. Aimes, Chef de Clinique a la Faculté de Médecine de Montpellier. Deuxième édition. Un vol. in 8, 26 figures et 10 planches hors de texte. Prix 4 fr. A. Maloin, éditeur, 15-27, Rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1914.

Recomendamos su lectura.

*

Bases para la redacción de un Reglamento de la prostitución en España. Pu

blicadas por la Academia de Higiene de Cataluña. Diciembre, 1913.

Es un interesante y concienzudo trabajo que honra a la Corporación sabia que lo ha llevado a cabo.

*

Técnica Clínica Médica y Semeiología elementales, por el Dr. E. Sergent, traducción del Dr. M. Montaner. Dos tomos en 8.º de más de 400 páginas cada uno con 212 grabados y dos láminas en color. Modesto Usón, editor, calle Valencia, número 83. Barcelona, 1913.

*

Los Progresos de la Clínica. Esta notable revista continúa cada vez más espléndida.

Véase el sumario del núm. 16:

I. Las aguas de mesa y su importancia, por el Dr. Pinilla, Catedrático de Hidrología Médica, por oposición, en la Facultad de Medicina de Madrid.

II. Progresos en el estudio de las enfermedades de la sangre y en el tratamiento de las mismas, por el Dr. Fr. Port, de Göttingen.

III. Trabajo de la Cátedra de Medicina Legal del profesor Maestre: Los rayos Röntgen y la Medicina Legal, por los doctores A. Lecha-Marzo, profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid, y A. Piga, médico de los Hospitales de Toledo.

IV. Carta abierta al Dr. D. Rafael Campos Fillot, por el Dr. D. Avelino Gutiérrez, de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

V. Nota clínica: Dos casos de xeroderma pigmentosum, por el Dr. D. Sebastián Lazo, Director del Consultorio indígena de Zoco el Had.

VI. Casos clínicos:

1.º Sarcoma del muslo, por el Dr. Del Buy. Fotografía del Dr. Carnica.

2.º Adenoma acinoso difuso bilateral H.^a por el Dr. Perera. Fotografía del señor Padró.

3.º Ulceraciones gomosas de la mucosa del paladar duro, por el Dr. Zinsser, de Colonia (con una lámina a todo color).

4.º Perforación gomosa de la bóveda

palatina, por el Dr. Zinsser, de Colonia (con una lámina a todo color).

VII. Reseña de las sesiones de Academias y Sociedades médicas.

VIII. Barcelona médica.

IX. Revista de la Prensa.

X. Bibliografía.

Sumario del suplemento:

I. Ventajas que ofrece la suscripción al periódico y mejoras en la revista para el año 1914.

II. Disposiciones oficiales.

III. Noticias de interés general.

IV. Partidos médicos vacantes.

V. Correspondencia con los señores suscriptores.

*

Esculapio, Revista gráfica de Medicina, Madrid, estableciendo con nosotros el cambio.

*

Agradecemos a nuestro estimado colega la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas* la reproducción en su *Boletín* del importante artículo del Dr. Noailles, titulado «Los Médicos y los pueblos», publicado en el número pasado de HOJAS MÉDICAS.

BIBLIOGRAFÍA

Hemos recibido dos ejemplares del magnífico tratado de *Técnica Clínica Médica y Semeiología Elementales* del Dr. Emilio Sergent, primorosamente editado por Modesto Usón, de Barcelona.

Consta de dos tomos en 8.º artísticamente encuadrados y en cuyo texto aparecen hasta 212 hermosos grabados que lo ilustran.

Hemos leído detenidamente la obra y no sabemos, en verdad, qué es más de admirar, si la riqueza de conocimientos que en ella se observan o la claridad con que están expuestos.

Empieza el primer tomo con el examen del aparato respiratorio, y en seis lecciones expone minuciosamente las nociones indispensables anatómicas y fisiológicas de las vías respiratorias, los trastornos generales y funcionales en las enfermedades de dichas vías, forma de interrogar a

los enfermos, inspección, mensuración, palpación, auscultación, diferenciación de soplos y ruidos, etc., etc. Examina luego, en igual forma y en otras seis lecciones, el aparato circulatorio, llamando poderosamente la atención la última, en que explica la técnica para el examen clínico y gráfico del ritmo. En otras dos lecciones habla de la exploración del abdomen, siendo muy interesante el capítulo que dedica al examen de los fenómenos subjetivos. Y termina el tomo primero con cinco lecciones dedicadas al aparato digestivo, siendo las más notables (con serlo todas) la que estudia el quimismo gástrico y la que habla de coprología.

El tomo segundo empieza con la exploración del hígado y vías biliares, tanto directa como funcional, dedicando preferente atención a las ascitis y a las ictericias. Continúa después con el examen del aparato urinario y estudia de una manera sintética, pero sin olvidar detalle, los síntomas funcionales de dicho aparato. Sigue a continuación el sistema nervioso y aquí es donde mejor se deja ver la riqueza y precisión de detalles: la motilidad, los reflejos, las sensibilidades, los trastornos de los órganos de los sentidos, los trastornos vasomotores y sudovales, los tróficos, los inte-

lectuales, todo está admirablemente expuesto y al alcance del menos versado en asuntos de sistema nervioso, el más importante y el menos conocido del organismo humano; también el examen eléctrico y la punción lumbar son estudiados sintéticamente.

El tomo segundo termina con un capítulo dedicado al examen de los esputos, de la sangre, de los humores y de las orinas, necesario y hasta imprescindible para aquilatar el diagnóstico de determinados procesos morbosos.

Claramente se ve, pues, la gran utilidad de esta nueva producción científica de Sergent, que debe figurar en la biblioteca de todo médico; pues aparte de lo enojoso que resulta para el práctico el consultar esas obras incommensurables, en las que abundan las disquisiciones con detrimento de lo verdaderamente útil, no hay detalle que quede omitido ni asunto cuya claridad de exposición no sea bien manifiesta.

Nuestra enhorabuena al autor de esa obra (siempre nueva, aun sin tratar de cosas ignoradas) y nuestra felicitación al editor, que ha sabido unir el escaso precio del tratado con el gusto de edición y encuadernación.— *Antonio Martín*.

Correspondencia administrativa

F. Gasca, Fortanete (Teruel).	Queda suscripto por el año 1914
R. García Díaz, El Frasno.	» » » »
M. Martínez Pérez, Canfranc (Huesca).	» » » »
J. Rayado, Burbáguena (Teruel).	» » » »
S. Fernández, Castro Urdiales (Santander).	» » » »
J. Moré, Fuentes.	» » » »
D. Díez Gil, Codos.	» » » »
M. Cordero (estudiante).	» » » »
A. Calvo, Mara.	» » » »
Cordero Maldonado (estudiante).	» » » »



A. Maloine, Editeur

25 - 27, Rue de l'École de Médecine. - PARIS

A. AIMES

VIENT DE PARAITRE.—*La pratique de L'Héliothérapie.* In-8, 1914, 26 figures et 10 planches hors texte. **4 francs.**

La cure solaire tient actuellement une grande place en thérapeutique et le récent Congrès de Cannes a montré l'importance de cette méthode, aujourd'hui très largement appliquée.

On trouvera dans le livre du Dr Aimes un exposé complet de la question; l'auteur possède une grande expérience de la cure solaire à laquelle il a consacré un nombre important de publications, et la plupart des chapitres de son ouvrage sont originaux.

Les effets, les indications, la technique et les résultats de la cure solaire sont les points surtout mis en valeur.

Présenté sous une forme essentiellement pratique, cet ouvrage, orné de nombreuses planches hors texte, sera de la plus grande utilité pour le médecin.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1914, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en Pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le professeur Albert Robin. 1 vol. in-8 de 372 pages. Cartonné: 3 fr.

Ce *Formulaire*, écrit avec concision et clarté, a comblé heureusement une lacune: il réunit et étudie, avec toutes les indications pratiques qu'elles comportent, les acquisitions modernes de la thérapeutique.

L'année 1913 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux; le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1914 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique et qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

A los Autores y Editores

“**Hojas Médicas**,” anunciará en dos números sucesivos todas las obras de las que se envíe un ejemplar y hará, además, un juicio crítico imparcial si se remiten dos ejemplares.



“**Hojas Médicas**,” anoncera pendant deux mois tout ouvrage envoyé a nos bureaux: si deux exemplaires nous sont parvenus nous ferons l'analyse bibliographique.

MEDICINA

NOTAS BREVES SOBRE TIFOIDO-VACUNACIÓN

No es cosa fácil sintetizar en Medicina.

Menos fácil reducir a corto espacio algo de lo mucho que se ha hecho en este interesante capítulo de la Bacteriología. Porque la vacunación antitifoidea impresionó en tal forma al mundo médico, que rápidamente desbordó por la prensa profesional y academias científicas un mar de entusiasmos ante los efectos *maravillosos* de las *maravillosas* vacunas antieberthianas.

Tras aquel período álgido, de última novedad científica—reciente todavía—en que los autores hacían mantener fija en las vacunas la atención del médico práctico, por un continuado *fortísimo* de investigaciones nuevas y de copiosas estadísticas favorables al método, que salmodiaban días venturosos para la ciencia de curar, ha seguido otro de revisión ligeramente iniciado en la actualidad, que aunque de una manera lenta, puede que de él salgan las bases firmes sobre las que se ha de cimentar en definitiva la vacunaterapia verdaderamente honrada y eficaz.

Objeto de las vacunas es producir reacciones de defensa, *anticuerpos*, empleando como *antígeno* un virus inofensivo, *vacuna*, para que de esta suerte quede el organismo en condiciones de *inmunidad*.

Para esto se necesita inyectar el microorganismo adecuado a dosis adecuada y en terreno adecuado, esto es, en organismo capaz de reaccionar.

Con estos conceptos generales de vacunaterapia estudiemos en primer término la

Preparación de las vacunas antitifoideas.—Se necesita el agente específico, un medio de cultivo y un agente modificador de la virulencia.

El bacilo Eberth puede usarse puro, *vacunas pronovalentes*, tomado de la sangre del mismo enfermo, *autovacuna*, o tomado de otro enfermo, *heterovacuna*, y también puede usarse el bacilo tifoideo asociado a los paratíficos A y B, y al coli, constituyendo así las *vacunas polivalentes*.

El medio de cultivo lo forman masas sólidas de agar agar, lecitina, caldos gelosados, glucosados, placentarios, etc.

El agente modificador de la virulencia es diferente: la edad, los cultivos antiguos pierden su virulencia; el calor, medio rápido y eficaz, pueden emplearse temperaturas altas 120° a 100°, a temperaturas medias 60° a 53°, a bajas de 50°. Las temperaturas altas destruyen; hoy no se emplean más que en las vacunas que se someten al calor seco; las temperaturas medias esterilizan; las bajas no hacen mas que atenuar.

Además de por el calor las vacunas pueden esterilizarse por agentes químicos, cloroformo (Wassermann y Harrison), éter (Vincent), cloruro de etilo (Thiroloux), solución yodo yodurada de Lugol (Reynes y Ranque). Finalmente, se utilizan también los rayos ultravioletas (Renaud) y el aire líquido (Mac Sayden y Rouland).

Diferentes clases de vacunas.—No pueden haber dentro de los límites que nos hemos propuesto las noticias en particular de cada uno de los preparados vacunales. La vanidad científica ha inducido muchas veces a modificar procedimientos clásicos en forma que nada esencial modifica, pero hay una vacuna más, y váyase lo uno por lo otro.

Todas podemos incluirlas en los siguientes grupos:

1.º *Vacunas de bacilos atenuados.*—Tipo primitivo de Ferrán y la de Castellani: se usan poco porque no se ha demostrado completamente su inocuidad, ya que los bacilos continúan vivos.

«Como que ha sido recomendado practicar previamente una inyección de Wrigth para alejar al inocularlas todo peligro; el temor a una infección experimental ha hecho abandonar su empleo. (L. Tanon. *París Clinique et Therapeutique.*)»

2.º *Vacunas de bacilos esterilizados.*—Están constituidas por bacilos muertos, ya por el calor, como las de Pfeiffer y Kolle, Wrigth, Friedberger y Moreschi, Chantemesse y Vidal, Leishman, Russell, Löffler, Basenge y Rimpaud, Lewy y Blumenthal, ya por otros medios, Vincent, Renaud, Reynes y Ranque; de todas ellas las más usadas son:

La de Chantemesse, que se prepara tomando cultivos en gelosa de un día de edad, los cuales se emulsionan en suero artificial formolado; llevando después esta emulsión a la estufa se mantiene a 56º durante 45 minutos; adicionándole tricresol al 2 : 100, para conservar la esterilidad, se introduce en tubos de cristal.

La de Vincent, esterilizada al éter, se prepara tomando los cultivos de dieciocho horas en gelosa, emulsionándolos en 20^{cc} de agua destilada y añadiendo 100^{cc} de éter; esta mezcla se hace reposar durante ocho horas a la temperatura ambiente, pasadas las cuales el éter se evapora por el calor y el vacío.

3.º *Vacunas de bacilos autolizados.* Son verdaderas soluciones bacilares, puesto que están constituidas por las toxinas desprovistas de los cadáveres de los bacilos, carácter que las diferencia del de los otros grupos. De este tipo son las de Neisser y Shiga, Schelvo, Wasserman, Pringer y Mayer, y la de Vincent, que se prepara emulsionando en suero fisiológico cultivos en gelosa de uno o dos días, manteniendo esta emulsión treinta y siete horas a 37 grados, se centrifuga, se decanta, se añade éter y después de veinticuatro horas se evapora por el calor. Las dos vacunas de este autor son polivalentes.

4.º *Vacunas de bacilos sensibilizados.*—Se fundan estas vacunas en la propiedad que, según Ehrlich, tienen los microbios de fijar el anticuerpo del suero específico con el cual se hallan en contacto, siendo permanente este nexo.

Besredka es el primero que se ha sabido aprovechar de esta propiedad para la preparación de sus vacunas. Toma un cultivo en agar agar de dos días y lo emulsiona en suero artificial y a esta emulsión añade suero antitifoideo; después de dos días de contacto, sensibilizados ya los gérmenes, se les lava repetidamente con suero artificial y los somete en la estufa a 56º.

Aplicación de las vacunas.—Se aplican con un fin preventivo, *vacunoterapia*, o con un fin curativo, *bacterioterapia*.

Las vacunas antitifoideas preventivas son siempre heterovacunas. La inoculación se hace de modo preferente por la vía subcutánea, eligiendo la piel del abdomen, de la región lumbar, deltoidea, subescapular o los antebrazos como sitios de preferencia para inyectar.

La técnica es igual a la de una inyección hipodérmica; sí que hay que

atender más rigurosamente a la asepsia y antisepsia del enfermo, instrumental y vacunador, tomando algunas precauciones, como son: no llegar al músculo ni hacer el amasado de la parte, para evitar reacciones dolorosas, siempre molestas.

No es posible indicar con precisión el número de inyecciones que deben practicarse, ni la cantidad de bacilos, necesaria para conferir inmunidad.

Cada autor obra según sus ideas, determinando así dudas, al poner en práctica esta vacunación.

Chantemesse, con su vacuna calentada, titulada a 1.000 millones de bacilos por 1^{cc}, practica tres inyecciones de 1/2^{cc} la primera, a los ocho días una segunda de 1^{cc} y a otros ocho días la tercera de 1 1/2^{cc}.

Vincent, con su polivalente al éter, titulada a 400 millones por 1^{cc}, practica cuatro inyecciones, con intervalos de siete días, la primera 1/2^{cc}, la segunda 1^{cc}, la tercera 1 1/2^{cc} y la cuarta 2 1/2^{cc}.

Besredka, sirviéndose de su vacuna sensibilizada, titulada a 500 millones por 1^{cc}, da dos inyecciones iguales de 1^{cc} a 2^{cc} separadas por un intervalo de ocho días.

Indicaciones de la vacunación preventiva.—El ejército en campaña constituye la mejor indicación. La mortalidad por fiebre tifoidea en el ejército ha disminuído de una manera positiva desde la práctica de la vacunación.

En Francia, recientemente se ha decretado obligatoria la vacunación antitifoidea en el ejército, y quizá se haga extensiva a la armada.

Los colegios, asilos, talleres, pero muy especialmente el personal facultativo, auxiliar y subalterno de los nosocomios, debieran ser vacunados.

La población civil es muy reacia a la vacunación, aun en la culta Francia, como se probó en la epidemia de Avignon; en nuestra España....

Contraindicaciones.—*La edad:* no debe vacunarse antes de los siete años. *La menstruación.* Albert R. Lamb, en cien casos ensayó la influencia que la vacunación antitifoidea ejerce sobre la menstruación, comprobando que en el 53 : 100 de los casos es alterada, por lo que aconseja practicar las inyecciones a los pocos días de terminado el período. (*Dr. Gómez Palomo.—Rev. Méd. de Sevilla. 15-4-14.*)

Los caquéticos, cardiopatas, tuberculosos no deben vacunarse. *Los palúdicos* están predispuestos a un acceso, que puede evitarse con una dosis preventiva de quinina.

Reacciones postvacunales.—Pueden ser locales, generales y humorales.

Las locales se reducen a la formación en el punto de la inyección de una placa abultada inflamatoria, muy dolorosa a la presión, que aparece entre las tres y las siete horas posteriores a la inoculación, desapareciendo a los dos días.

Estos fenómenos disminuyen de intensidad de la primera a la última inyección.

Las generales son: fiebre oscilante entre 38º y 39'5º con la correspondiente cefálea, malestar, vómitos y hasta en algunos casos la muerte.

Las humorales se refieren al aumento de los anticuerpos, de las aglutininas, precipitinas y lisinas. La proporción de estos elementos de defensa, entre sí es variable, según el tipo de vacuna empleado.

Fase negativa.—Estudiada por Wrigth y después de él por los que se dedican a vacunología, admitida por unos y negada por otros, es un período especial de receptividad por el que atraviesa el organismo los ocho días posteriores a la primera inyección, y durante el cual el contagio es más fácil.

Inmunización.—Por las vacunas antitifoideas se confiere una inmunidad aproximada de tres años. Chantemesse la cree de mayor duración. Vincent, en cambio, la reduce a dos.

Depende de la vacuna empleada, pues las reacciones humorales difieren en cada una de ellas; además se hace preciso que el tratamiento sea completo (dosis adecuada).

La *vacunación curativa* se practica cuando inyectamos vacuna en un individuo afecto de fiebre tifoidea, con objeto de excitar sus defensas, que al principio son deficientes.

Las autovacunas, defendidas por Josue y Veil en Francia, por Aguilar Jordán en España, y las heterovacunas, se disputan la curación de la fiebre tifoidea.

Sea cualquiera el método que se emplee, su uso no excluye el de los clásicos tratamientos, antes bien, coadyuvan en su acción. De aquí que haya sido tan discutido el empleo de las vacunas en el tratamiento de la fiebre tifoidea, puesto que es imposible determinar la parte que cada tratamiento ha tenido en la curación.

Por otra parte, se han formado estadísticas de enfermos no tratados por vacunas, en que las defunciones han sido de proporción de 4 : 100; y de tratados por las vacunas, en que las defunciones aparecen en la proporción de 7×50 (Thiroloux). Según este autor, las vacunas no hacen más que en los casos favorables disminuir la duración; lo considera como buen tratamiento, pero incompleto.

El uso de las vacunas nos está vedado, hasta tanto que clínica y experimentalmente por el *Gruber Widal* y la hemocultura, no tengamos seguridad de que todo el cuadro clínico que presenta el enfermo, lo produce el bacilo de Eberth.

Podemos usar para su administración la vía digestiva, como lo han hecho Lumier y Chevroter, la rectal, a imitación de Courmont y Rochaix, la vía endovenosa y la más general la subcutánea como en la preventiva.

La cantidad a inyectar y separación entre las inyecciones son muy variables; el buen criterio del médico debe imponerse siempre, teniendo en cuenta que se maneja un producto de difícil dosificación, alterable con el tiempo, cuyos resultados son variables, según el enfermo y el período de la enfermedad.

Teniendo en cuenta que el organismo está ya infectado, las dosis serán menores que en la preventiva; en cambio, como hay interés en que la inmunidad se verifique lo antes posible, la separación entre las inyecciones será no más que de tres o cuatro días.

Chantemesse prepara por su procedimiento una vacuna curativa, cuya titulación es a sesenta millones por 1^{cc} y con la que pueden inyectarse en casos normales dosis decrecientes, comenzando la primera inyección con sesenta millones, el cuarto día treinta y el octavo veinte; en los casos graves se disminuye la dosis y se aplican treinta, veinte y diez millones los mismos días.

Vincent inyecta el primer día $\frac{1}{2}$ ^{cc} (doscientos millones) por la mañana y $\frac{1}{2}$ ^{cc} por la noche; el segundo día $\frac{1}{2}$ ^{cc} por la mañana, y cuando la fiebre ha desaparecido otro $\frac{1}{2}$ ^{cc} para evitar recaídas.

Con la de Besredka se practican inyecciones cada tres días, aumentando la dosis de 1^{cc} a 3^{cc}, distribuidas en dos, tres, cuatro o más inyecciones.

Antes de vacunar limitaremos por percusión los límites del bazo, y trazaremos sus contornos sobre la piel.

Indicaciones.—En las formas benignas de fiebre tifoidea o de mediana intensidad sin complicaciones, en que podemos observar que el enfermo se defiende bien y durante el segundo septenario, es cuando mejor indicada está la vacuna.

Contraindicaciones.—Por el contrario, en las formas graves, hiperpiréticas, ataxo-adinámicas, con complicaciones pulmonares, cardíacas, renales, con

esplenomegalia muy acentuada y hemorragias, así como al final de la enfermedad, los efectos de la vacuna son inciertos y muchas veces perjudiciales, pues se han dado casos de rotura de bazo y perforaciones intestinales. «Una abstención prudente es preferible a una vacunofilia progresista». (Kolbé. *Tribuna Médica*. 1-1914, pág. 56).

Efecto de las vacunas curativas.—Cuando los tifoideos llegan a manos de los médicos, generalmente se encuentran al final del período de oscilaciones ascendentes, por lo tanto, no debe temerse grandemente a los fenómenos anafilácticos, que produciría la vacuna inyectada durante la fase negativa de la enfermedad, los ocho primeros días, y que por otra parte, no es admitida por todos.

Las reacciones locales son débiles y análogas a las producidas por la vacuna preventiva. Las reacciones generales sobrevienen pronto; algunas veces la primera inyección ya va seguida de un descenso brusco de temperatura, pero lo más frecuente es que haya una reacción térmica más o menos intensa, por la que podemos calcular los efectos curativos de la vacuna, pues en seguida se inicia el período de declinación, y el enfermo cura en poco tiempo.

Con la primera inyección corresponde también un aumento considerable del bazo; es conveniente no volver a inyectar hasta que éste no ha desaparecido. Algunas veces coincidiendo con la *esplegnorreacción* aparece un aumento del lóbulo izquierdo del hígado, sensibilidad de la vena biliar y poliuria.

El enfermo *atroncado* antes de la inyección, en los casos favorables, comienza a *despejarse*; sus glándulas salivares en actividad humedecen aquella lengua seca y resquebrajada, que bien pronto quiere mover modulando una palabra. La temperatura poco a poco va desapareciendo. Y aquel corazón que galopaba como huyendo de la intoxicación, se vuelve más tranquilo y las pulsaciones disminuyen, regulándose la tensión sanguínea también, porque también los vasos responden a la excitación de aquella sangre que comienza a sanearse.

Las ulceraciones intestinales de las placas de Peyer disminuyen de profundidad y de extensión al final del tratamiento, realizándose en breve la cicatrización completa.

En otros casos menos favorables, las cosas no suceden tan bellamente, y el enfermo cura sin haberse alterado la evolución de la enfermedad, y otras veces, por desgracia, el enfermo muere, sin que la vacuna le haya hecho nada, o cuando más, ayudarlo a morir de una perforación intestinal o de un estallido del bazo.

El curso de la enfermedad se altera de manera más eficaz y rápida cuanto más pronto se inyectó la vacuna. Parece como si ésta tuviera una acción electiva sobre el período de estadio y anfíbolo, es decir, esos dos períodos en que todavía hay indecisión en la lucha que el organismo mantiene contra el microbio, y poniéndose de parte del organismo le hiciera entrar francamente en el período de declinación, precursor de la curación.

Con todo esto, diremos con Louis y Combé que la vacuna puede producir una mejoría acentuada, pero que no es eficaz verdaderamente.

Para terminar.—Somos incapaces para hacer un juicio crítico sobre las vacunaciones antitifoideas; lo hemos demostrado en el curso de estas mal pergeñadas notas. Tampoco de ellas podemos sacar conclusiones, y como final, después de leer algunas revistas que nos han hecho exclamar un ¡cómo está la ciencia y los que la administran! diremos en párrafos señalados por guarismos, como es la *moda*, lo que nos ha sugerido un estudio superficial de la cuestión.

1.º *Las estadísticas*, que constituyen el principal elemento de juicio para poder apreciar las cualidades de tal o cual método o procedimiento, son puestas en manos de sus autores, de una claridad, exactitud y honradez a prueba de críticos, mas comentadas por los que en verle defectos tienen interés, resultan deficientes, cuando no engañosas.

2.º *El número de vacunas* indica que no hay ninguna definitiva o que lo son todas, y después de servir el interés científico, sirven otra clase de intereses.

3.º *Los autores*, en momentos de lucidez, fuera de luchas de mercado, muestran su desconfianza hasta en la propia vacuna.

4.º *El laboratorio* no ha descubierto aún todos los secretos que poseen las vacunas, y *la clínica* tampoco ha dicho su palabra definitiva en cuanto a las ventajas de su aplicación.

5.º *El médico* debe adoptar una actitud expectante, hasta tanto los hombres de laboratorio no pongan en sus manos un producto vacunal eficaz, en condiciones de aplicabilidad en el partido rural o en la clientela.

Y 6.º Mientras *Francia*, la vacunomaniaca, decreta la vacunación obligatoria de sus soldados y presencia las polémicas de los proveedores Chantemisse, de la Marina, y Vincent, del Ejército, por cuestiones *nimias*, como son *ochenta y tantos mil francos*, que le ha costado al gobierno las vacunaciones de ensayo, *Alemania*, la prudente, desde 1905 no ha vuelto a ensayar nuevamente las vacunas en su ejército. Sin duda entonces quedó ya *satisfecha*.

AUGUSTO M. ALCRUDO,

Alumno de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Junio, 1914.

REVISTA DE REVISTAS

El treponema pálido en el cerebro de los parálíticos generales, por MM. Woguchi

== K. I. W. Moore ==

Los autores han examinado por el método de Levaditi setenta cerebros de parálíticos generales. En dos casos han obtenido un resultado positivo. Los treponemas ocupan todas las capas corticales; algunos la capa subcortical, siempre en pleno tejido nervioso; nunca hubo treponemas en la piamadre. En un artículo muy reciente (*Presse Médicale*, 4 de Octubre de 1913, página 805), Noguchi ha vuelto sobre el mismo asunto y ha dado a conocer el resultado de las nuevas investigaciones hechas sobre otros 130 cerebros parálíticos: en 36 casos de esta serie, los espiroquetes han sido puestos en evidencia, lo cual da

próximamente un 25 por 100 de resultados positivos, calculando las dos series juntas (48 sobre 200 casos); en seis casos se ha empleado el ultra-microscopio con cerebro fresco y en uno de estos seis casos la presencia del espiroquete pálido ha sido demostrada.

Desde entonces estos resultados han sido confirmados por otros autores: Marinisco y Minea, Marie, Levaditi y Bankowski, Forster y Tomasczenosky, etc.

La presencia del espiroquete pálido en el parénquima explica una gran parte de las alteraciones histo-patológicas y de los síntomas observados en el curso de la enfermedad.

Noguchi ha emprendido una serie de experiencias para transmitir el espiroquete pálido directamente de un cerebro de parálítico a un conejo. 36 han sido inoculados con las emulsiones de seis clases diferentes de cerebros de parálíticos en estado fresco. Ha podido obtener en dos conejos,

después de una muy larga incubación (97 días en un caso, 100 días en el otro), una pequeña induración del parénquima testicular. Igualmente Nichols y Haugh han conseguido provocar una keratitis sifilítica en el conejo por medio de la inoculación intra-testicular de la emulsión de un cerebro de parálítico. Las experiencias son de naturaleza propia para establecer de una manera irrefutable el carácter infeccioso del organismo encontrado en la parálisis general.

(*The Journal of Experim. Medicine*, 1913, vol. XVIII, núm. 2.)

La vaselina en el es-

== treñimiento ==

Múltiples son las aplicaciones de la vaselina en nuestra farmacopea. La originalidad del Dr. Manquat consiste en haberla administrado al interior, cosa que no se había hecho hasta hoy.

Gracias a investigaciones de diferentes órdenes, seguidas hasta la intimidad de la estructura sanguínea, Manquat ha demostrado que las vaselinas atraviesan probablemente el tubo digestivo sin ser absorbidas ni modificadas. También es seguro que su toxicidad es prácticamente nula.

En primer término debemos escoger el producto empleado. Es necesario que sea de una pureza química lo más perfecta posible, so pena de observar albuminuria, exantemas, accidentes que generalmente tienen poca importancia, pero que siempre debemos evitar, debidos a la presencia de substancias vecinas del petróleo. Esta impureza produciría todo lo más algunos cólicos y pesadez gástrica, que conviene no provocar. De modo que emplearemos vaselinas puras en forma de aceite de vaselina o parafina líquida.

Dejemos de lado la disminución de los dolores gástricos en los hiperestésicos. Además de que esta disminución es bastante irregular, tenemos a mano otros métodos más seguros para obtener el mismo resultado. Donde su acción se hace sentir más es sobre la masa fecal.

La vaselina infiltra esta masa fecal y la mantiene en un estado de consistencia blanda. Además lubrica las dos superfi-

cies en contacto: la del intestino y la del bolo fecal. Poco a poco éste camina a través de aquélla y por acción mecánica se produce la evacuación del tramo intestinal. Este es el punto capital y perfectamente comprobado. Que además la vaselina venza los espasmos y las rigideces cólicas, que disminuya mucho la absorción intestinal, son cualidades que concurren también al resultado final; pero podemos admitir que, si suprimiéramos esta acción mecánica que hemos expuesto con toda sencillez, con gran dificultad llegaríamos a vencer el estreñimiento.

Como es natural pensar, de ello se deduce que la vaselina no obra a la manera de un purgante, ni siquiera de un laxante. Con ella no debemos esperar la exoneración rápida, abundante y repetida del intestino. Generalmente las primeras tomas no parecen producir inmediatamente su papel de limpiadoras del intestino. Si sabemos esperar (cosa, por desgracia, que falta a los estreñidos hipnotizados con la esperanza de la deposición), el resultado se obtiene de un modo casi infalible. En estos casos no hay cólicos, ni signos denunciadores de una próxima deposición, ni siquiera sensación de necesidad imperiosa. El estreñido debe continuar yendo con regularidad al retrete, y en cuanto se obtenga el primer resultado seguirán los restantes, solicitados por nuevas tomas de vaselina, cada vez más alejadas unas de otras, hasta el afortunado día en que podrá definitivamente prescindirse de ella.

Es necesario emplear vaselina líquida químicamente pura, aromatizada o no. Se tomará en ayunas, lo más lejos posible de la última comida, es decir, cucharada sopera si la tomamos de una vez, o una cucharadita de las de café antes de cada una de las tres comidas del día. A veces es necesario doblar la dosis: el Dr. Manquat cree que es preferible empezar por dos cucharadas soperas por la mañana antes del desayuno. Es lo más seguro y carece de inconvenientes.

La principal indicación de este tratamiento, tan fácil de seguir, aun estando de viaje, es el estreñimiento habitual; pero no se limitan aquí sus indicaciones. El estreñimiento de la fiebre tifoidea, el de la

apendicitis crónica, el de los hemorroidarios y los prostáticos, el de los viejos y, en general, el de todos aquellos que deben evitar los esfuerzos de la defecación, así como la enteritis mucomembranosa, constituyen indicaciones de esta terapéutica sencilla y eficaz.

La acción de la vaselina desaparece cuando se le quiere hacer desempeñar el papel de purgante o de laxante. También hemos dicho que no debíamos contar con ella para producir una evacuación rápida y completa. Finalmente, el mismo doctor Manquat nos dice que a menudo es ineficaz en los casos de gran ocupación estercorácea, cuando los excrementos son muy duros, en las atonías intestinales excesivas, en los que tienen una gran ptosis gástrica, y, finalmente, en cierto número de refractarios, cuya falta de acción no tiene otra explicación. En definitiva, no es un sustituto de la medicación purgante o laxante que se ha introducido en la terapéutica, sino un agente muy útil que debemos añadir a los otros y que es de esperar obtenga por parte del práctico y del enfermo una favorable acogida, dada la facilidad de su administración.

(Comunicación a la *Academia de Medicina de París*).

Tratamiento de la angina de pecho, por = = G. O. Jarvis = =

El autor afirma que el dolor es una manifestación del estado de agotamiento del músculo cardíaco. El dolor debido a la dilatación cardíaca es del mismo carácter que el debido a la distensión de cualquier otra viscera, como por ejemplo, la vejiga urinaria, la vesícula biliar, el estómago e intestinos. El dolor de la angina es debido al reflejo víscero-sensitivo provocado por las tentativas del corazón a vaciar sus cavidades de una acumulada y excesiva cantidad de sangre que distiende sus paredes y dificulta sus funciones. El corazón no puede permanecer en un estado de contracción prolongada (tétanus), porque tan pronto como reduce su función contráctil queda en suspenso y automáticamente se

relaja en diástole. La morfina debe emplearse con mucha cautela en tales casos, pues su efecto es el de amortiguar la receptividad (sensibilidad) de los centros reflejos que mantienen el tono cardíaco, y una dosis excesiva puede producir y ha producido muertes repentinas a consecuencia de una excesiva distensión del corazón o de la aorta.

La atropina, la hioscina y otras sustancias derivadas del grupo belladona, están absolutamente contraindicadas, porque su efecto es dilatar el corazón y la aorta y disminuir su tono. La muy usada combinación de morfina, atropina o hioscina tan frecuentemente usada en casos de diferente naturaleza, no deben emplearse si se sospecha una disminución del tono del vago. El autor sienta las conclusiones siguientes:

1.^a Todos los casos de angina de pecho examinadas por él ofrecen marcada dilatación del corazón y de la aorta, con fibrilación auricular.

2.^a La causa pareció ser una afección arterial con elevación de la presión vascular, y bloqueo de las arterias coronarias. Asociada a esto, una hipotonía del vago, que se acentúa cada vez más a medida que progresa el ataque.

3.^a La presión vascular es elevada al principio, pero algunas veces desciende a menos de 100 mg. de Hg. al final. Durante el ataque hay marcadas variaciones de la presión sanguínea, en relación con el aumento o disminución de su fuerza de compensación.

4.^a El dolor de la angina de pecho es debido al reflejo víscero-sensitivo, y puede aumentar con el empleo de los medios que aumenten el tono del aparato neuro-muscular del corazón y de la aorta.

5.^a El método más rápido y eficaz de tratamiento es la presión o sinusoidalización a nivel de la séptima vértebra cervical juntamente con el uso de algunos remedios, tales como la pilocarpina, que coadyuvan a aumentar el tono del vago.

6.^a La verdadera angina de pecho se diferencia solamente en el grado de la disminución del embarazo cardíaco, de las llamadas «pseudo-anginas».

(*Policlínica*. Junio 1914).

OBSTETRICIA

CLÍNICA DE OBSTETRICIA: SERVICIO DEL

— DOCTOR DON PEDRO RAMÓN Y CAJAL —

CASO DE PELVICIACIÓN OSTEOMALÁCICA

En el anochecer del día 16 de Febrero de este año se presentó en esta Clínica E. R., de 34 años, casada, múltipara, con síntomas de parto.

Interrogada, no hallamos en su haber ninguna enfermedad importante, ni sífilis ni enfermedad constitucional: de los cuatro partos anteriores, los tres primeros fueron normales y el último necesitó la ayuda del forceps.

Al tercer mes del embarazo actual—en que aparentemente empiezan las deformaciones óseas—aparecieron unos dolores reumatóideos, principalmente de los huesos de la pelvis, que le imposibilitaban la estación vertical y la obligaron a guardar cama; su talla disminuyó en algunos centímetros (1).

Llegado el embarazo a término, el 13 de Febrero por la mañana se iniciaron los dolores; por la tarde se verificó la ruptura de la bolsa y en este estado permanece sin avanzar el parto, hasta que la comadrona que la asiste llama a un médico que sin pérdida de momento, percatado de la gravedad del caso, la envía a este hospital.

Exploración.

Al verla en la cama llama la atención la pequeñez de su talla, que contrasta con lo desmesurado de su abdomen. Examinada se aprecia que las últimas costillas se han separado hacia afuera, agrandando el diámetro de la base del torax y formando un todo con el ovoide abdominal. El esternón, que ha seguido este movimiento, se encuentra también muy dirigido hacia adelante. Hay atrofia de los muslos e incurvación de los fémures con gran convexidad externa.

Por la exploración externa se diagnostica una presentación de vértice en primera posición con la cabeza, sin encajarse detenida encima del estecho superior.

En cuanto al feto no se observa ningún signo de vida.

Las contracciones uterinas son débiles y distanciadas.

Verificado el reconocimiento interno, llama la atención que no pueden introducirse horizontales los dos dedos exploradores y sí de canto.

El promontorio es fácilmente accesible; a cada lado existe una depresión profunda, las tuberosidades isquiáticas están muy aproximadas y en cuanto a las ramas isquiopubianas, como ya lo indica el detalle de la introducción de los dedos, están tan juntas que más que arcada pubiana pudiera llamarse hendidura, subpubiana. Por encima apréciase que las ramas horizontales del

(1) Observación del marido.

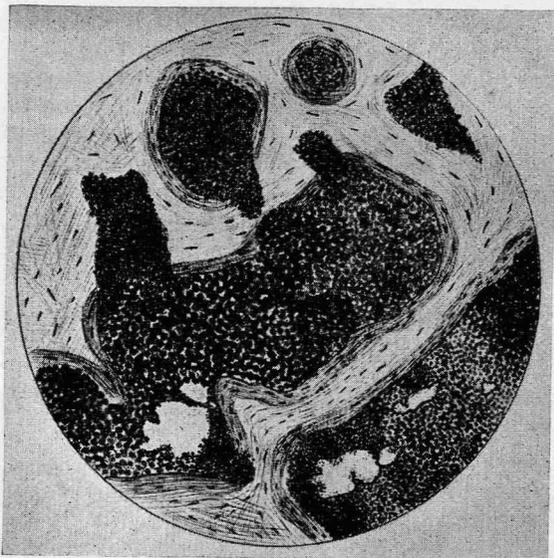
pubis caminan paralelas hacia adelante y que éste forma una prominencia saliente en forma de expolón.

La pelvimetría externa no se practicó, por el momento, dado el estado de verdadero agotamiento físico de la enferma, como tampoco la apreciación del rombo de Michaelis, pero los datos adquiridos por la exploración dieron idea de una estrechez pelviana máxima y fueron los suficientes para formar juicio clínico y fundamentar la necesaria intervención.

El cuello uterino en dilatación completa, la cabeza alta y con gran bolsa serosanguínea. Los flujos uterinos con fetidez manifiesta.

Diagnóstico.

Trátase de estrechez pelviana de grado máximo y es una pelviciación adquirida, pues los tres primeros partos fueron normales. En cuanto al último



Hueso afectado de osteomalacia

terminó con aplicación de forceps, tal vez por haber comenzado a fraguarse las lesiones.

En resumen: se trata de una pelviciación adquirida, de múltipara, manifestada por dolores reumatóideos, con disminución de talla y deformaciones características, como son: el pubis en pico de pato, la estrechez subpubiana, la aproximación de los isquiones, lo accesible del promontorio, etc., aparte de las deformaciones complementarias de costillas, esternón y fémures.

Estamos, en consecuencia, ante un cuadro típico completo, de pelvis *osteomalácica* con estrechez al máximum.

No insistimos más, sobre todo en el diagnóstico diferencial con las otras pelviciaciones, porque nos llevaría más lejos de lo que nos proponemos.

Indicación.

¿Qué intervención obstétrica es la indicada?

Desde luego la terminación espontánea debemos desecharla.

La estrechez máxima, la infección evidente y la atonía uterina que empieza a manifestarse, nos obligan a intervenir con toda urgencia.

Desechadas la aplicación del forceps, la versión y la pubiotomía por ser menor de siete centímetros la estrechez, y las operaciones embriótomicas por la dificultad de introducción del instrumental y de la extracción de fragmentos fetales, solamente nos quedan las grandes operaciones, las cesáreas. Veamos cuál es la indicada.

La cesárea conservadora, con ser la más benigna, no debe practicarse por no exponer a la madre a los peligros de nueva concepción y por el estado de infección; las cesáreas conservadoras transperitoneales indicadas para estos últimos casos, tampoco convienen por el mismo peligro, estando en definitiva obligados a practicar la operación de Porro, que aparte de lo anterior, es preferida para curar la osteomalacia, según Fehling, fundados en su teoría endocrínica ovárica.

Esta operación fué la practicada a las siete de la tarde del mismo día por el doctor D. Pedro Ramón y Cajal, ayudado por el auxiliar Dr. D. José Muñoz y por los internos de la Clínica.

La cabeza del feto extraído, con gran bolsa serosanguínea, presentaba en su superficie el molde del estrecho superior de la pelvis materna.

Los días primeros siguientes a la operación de sospechosa calma, sin fiebre, aunque con vómitos, fueron prelude de una infección peritoneal típica que acabó con la enferma a los cinco días de operada.

Consignaremos aquí, en descargo del mal resultado operatorio, que el feto se encontraba en estado de putrefacción avanzada, así como las membranas y que la placenta dió salida a bastante pus.

Autopsia.

Practicada la autopsia se encontró pus de olor pútrido, moreno rojizo y las falsas membranas amarillentas y adherentes de la peritonitis generalizada.

La pelvis presentaba la conformación característica de la pelviciación forma de Y del estrecho superior, sacrocoxis en anzuelo, cavidades cotilóideas hacia adentro y hacia el promontorio y cuantos detalles dejamos apuntados en el párrafo «Exploración».

De la cresta iliaca y de las últimas costillas cortamos con un escalpelo fuerte—lo que nos da idea del reblandecimiento sufrido por el esqueleto—unos trozos que sirvieron para practicar preparaciones al Dr. Ramón y Cajal (don Pedro) y que exponemos.

En la preparación presentada—teñida por doble coloración (eosina y hematosilina)—apréciase de un modo clarísimo que las láminas óseas se hallan desgastadas por la invasión arrolladora de una médula proliferante embrionaria y que las grandes aréolas resultantes de tanta destrucción albergan grasa en los espacios no rellenos por la médula.

Por otra parte, esto es confirmación de las opiniones de Virchow y de otros anatomopatólogos, de que la osteomalacia sea una osteomielitis, y parece confirmar las opiniones de Ribemont de que la decalcificación del hueso sea debida a una reabsorción calcárea por las células proliferantes.

Pero y la osteomalacia de los viejos sin elementos medulares embrionarios, ¿cómo nos la explicamos?

¿Cuál, por otra parte, es el *primus movens* de tanto desorden? ¿Es primero el hueso quien pierde las sales y la médula no hace otro que hiperactivarse para compensar la pérdida, o es ésta quien destruye el hueso? Y este desequilibrio ¿quién lo rompe?

Es un ácido, sea el que fuere, como quieren Rindfleisch, Ranvier, Schmidt, Hertman. ¿Tiene la culpa el sistema nervioso como opinan Ogle y Virchow?

¿Producen la decalcificación microorganismos no encontrados como quieren Petrone y Zuern.

¿Es una autointoxicación desconocida, no ovárica, como quiere Balthazard?

Nada sabemos. Está por descubrir el verdadero, el íntimo mecanismo patogénico causal de la afección. Nosotros, eclécticos por naturaleza y convencidos que sobre todo en Medicina no se puede ser exclusivista, pensamos sean varios los mecanismos patogénicos necesarios, y al lado de la predisposición y herencia jueguen papel el desarreglo endocrínico de Fehling, los microorganismos de Petrone que hallen fácil terreno en el organismo empobrecido miserable de Trousseau.

Pelvimetría.

Practicada la pelvimetría como preliminar a la autopsia, dió el resultado siguiente:

Diámetro de Baudelocque (conjugado externo.	18 centímetros.
» bisiliaco	25 »
» bicrestal	27 »
» bitrocantéreo	27 »
» pubicoxígeo	9 »
» bisisquiático	4 »
» conjugado interno.	6'8 »

Se ve, pues, el grado acentuadísimo de la estrechez y la oportunidad de la operación practicada.

Para final de este caso clínico no nos ocurre otra cosa que lamentar el modo defectuoso de organización de la enseñanza, que no ampara los intereses de la ciencia médica, y que uniéndose al falso respeto, a la por las familias mal entendida consideración al cadáver, priva a los museos de piezas anatómicas tan instructivas, de tanto valor como la reseñada.

A. GARCÍA BERSABÉ.
Interno por oposición.

Zaragoza, Junio de 1914.



TRIBUNA LIBRE

LAS ASOCIACIONES MÉDICAS.

El hombre, desde que tuvo idea de sí mismo, impulsado por el sentimiento de fraternidad y el de mutua simpatía, y por las necesidades de la vida común y social, se unió a sus semejantes para satisfacer las aspiraciones materiales y morales que sin el concurso y cooperación de los demás no hubiera podido satisfacer. Y aunque ha habido filósofos y existen teorías y doctrinas que rechazan el estado social como antinatural, proclamando como bueno y propio del hombre el vivir aislado y solitario, es, sin embargo, cierto y evidente que la asociación común la reclaman el desenvolvimiento de nuestra vida, que exigiendo pluralidad de relaciones, se consumiría inactiva en el aislamiento; nuestra inteligencia y nuestro corazón, que piden y exigen la comunidad y el comercio de las ideas y de los afectos, y la misma inclinación espontánea e instintiva de nuestro sér, que busca en la unión de sus semejantes el cumplimiento de esa suprema ley del amor que anima en su vida todas las esferas del Universo. Por eso la asociación se dió desde que la especie humana apareció sobre la tierra y subsistirá siempre por formar parte del orden universal y ser preceptiva en el terreno moral, fundamento indiscutible sobre el que se apoya y descansa la paz interna producida por la cordialidad y la armonía en las relaciones comunes y necesarias para que la vida social y económica se desarrolle en condiciones que resulten útiles y beneficiosas. Mas la sociedad, forma necesaria de la vida del hombre, es un conglomerado de seres de voluntades opuestas y hostiles y de intereses encontrados y antagónicos; de ahí la separación de clases y de grupos en los que en cada uno de ellos concurren derechos a defender, fines a perseguir y pretensiones a sostener, idénticos y propios, pero diferentes del de los demás, y esto hace que la sociedad común se divida y subdivida en sociedades y asociaciones distintas, según sus intereses y derechos, para la mejor defensa en la lucha por la existencia.

Si alguno de esos grupos que integran el organismo social está dividido, fraccionado, suelto, sin íntima relación de todos y cada uno de sus elementos, su actuación en la vida social será estéril, y su potencialidad en el trabajo necesario para el mejoramiento de sus individuos, nula e insignificante.

Eso le ha pasado a la clase médica. Atacada de un individualismo enervante y de vicios de constitución importantísimos, arrastra una vida miserable en relación con las demás clases de la Sociedad, unidas y agrupadas para su desenvolvimiento progresivo y para su defensa necesaria.

Ha pocos años los médicos españoles, especialmente los titulares, sacudiendo su proverbial pereza y apatía, formaron su asociación, y a inscribirse en ella fueron todos con los mayores entusiasmos, creyendo que con la Asociación alborearía el día de su redención, pues así lo prometían los mesías que aparecieron en el mundo médico. Pero vino el fracaso y con él se desvanecieron las ilusiones concebidas, perdiéndose las energías y el esfuerzo que supuso aquel gran movimiento societario.



Antonio Guallar Poza

LEADER del societarismo médico
aragonés

Después acá ha habido nuevos redentores que, por vanidad unos, por intereses bastardos otros, han predicado la unión de los médicos españoles, pero ha resultado tiempo perdido, en primer lugar, porque los médicos rurales están ya desengañados de lo que son y de lo que pretenden esos nuevos cristos, y después porque la clase médica carece en España de educación colectiva, elemento indispensable para poner en contacto las aspiraciones comunes. Por eso todas las asociaciones en el orden general no encajarán nunca en la manera de pensar de los médicos españoles y sólo las asociaciones regionales o provinciales podrían tener vida si se cambiase su manera de ser y su arcaico y vetusto funcionamiento. Los colegios médicos, que ningún beneficio práctico han reportado a la clase, podrían ser en el porvenir las asociaciones que resolviesen el problema de la unión y de la agrupación de los médicos de cada provincia. Para ello había que reformar de una manera radical su constitución y abolir los gravísimos vicios de que en la actualidad adolecen. Las asociaciones médicas provinciales deben ser, no armas al servicio de unos pocos señores, sino organismos que pongan en contacto las aspiraciones comunes de los asociados, lazo de unión para que se aviven la fraternidad y el compañerismo, consiguiendo una comunión espiritual que pueda vertir en una acción común el esfuerzo parcial de cada uno de sus asociados.

La asociación o colegio no debe ser instrumento de unos pocos, sino el fiscalizador de todos nuestros actos, el juez supremo de todas nuestras diferencias, el guardián de nuestros intereses, el defensor de la justicia, el amparador de toda iniciativa que en beneficio de la clase se inicie. En las asociaciones o colegios no deben existir aristocracias, oligarquías ni caciquismos que hagan de diferente condición a unos y a otros de los asociados, sino que todos deben ser iguales; el más humilde médico, dentro de la asociación, vale tanto como el más poderoso primate, habiendo sólo médicos con conciencia plena de sus deberes y de sus derechos para hacer cumplir a todos los primeros y no consentir que se mermen en lo más mínimo los segundos. Dentro de la asociación o colegiación todos deben ostentar el mismo ropaje, dejando a la puerta las mucetas y los birretes, pues allí cada individuo es uno que vale tanto como otro y juntos más que ninguno, por poderoso que se crea y por encumbrado que se encuentre; las castas desaparecieron ya de las sociedades modernas y mucho más en las agrupaciones constituidas por hombres conscientes.

¿Pero es posible que la Asociación provincial o Colegio médico sea lo apuntado y se ponga a la altura de su elevada misión social? La psicología de los individuos que constituyen una Asociación forma la psicología de la colectividad formada, y aquí donde la moral médica está basada en groseros personalismos, aquí donde los cien, doscientos médicos que ejercen la profesión en Zaragoza, forman un conjunto de cien, de doscientas voluntades opuestas y hostiles, de intereses encontrados, de ideas contrarias, de sentimientos diferentes, en donde chocan y luchan todas las pasiones, el orgullo, la envidia, la ambición, buscando en el sacrificio de los demás la satisfacción de las ambiciones más bajas y ruines; con todos esos elementos de heterogeneidad absoluta en el pensar y en el sentir, ¿cómo ha de formarse una Asociación o Colegio que sea la salvaguardia de los intereses de la clase médica? Imposible; a tales individuos, tal Asociación; para elevarla y dignificarla; para hacer que cumpla su misión y sus fines; para conseguir que sea lo que son otras agrupaciones sociales es necesario sanearnos, despojarnos de nuestra condición inmoral y egoísta, y sólo entonces podremos transformar y crear una organización poderosa y de positivos resultados en el mejoramiento de

la profesión médica. Después de moralizar a los individuos integrantes de la agrupación se moralizaría, como consecuencia, su funcionamiento y su constitución, principiando porque las Juntas directivas serían expresión fiel de la voluntad libérrima de los asociados, y entonces los directores serían sacados, no de entre los primates y poderosos de la clase favorecidos de la fortuna, para quien nada fueron los intereses de los demás y a quien nunca preocuparon las desgracias y dolores del médico, sino de los humildes, de los que sienten las necesidades de la clase, y, por consiguiente, sienten anhelos de mejoramiento, y en las luchas de la vida han aprendido sus soluciones a fuerza de vejámenes, de abandonos y de injusticias; deben de concluir para siempre las Juntas directivas constituidas de un modo oligárquico y que toda su labor ha consistido en la inacción y en el quietismo. Así se llegará al logro de las aspiraciones sentidas y a la conquista de los derechos perdidos. La rendición de los médicos depende exclusivamente de su inteligencia y de su voluntad. Consiste en saber y en querer. No debe haber ingerencias extrañas a nosotros; nadie que no sea nuestro, que no sea encarnación de nuestras ideas y sentimientos no debe mandar ni tener potestad sobre nosotros. Esta convicción engendraría la noción de la responsabilidad e impondría el ineludible cumplimiento del deber. La vida médica (con una Asociación verdad) lo mismo en la convivencia con los compañeros, que en nuestras relaciones con la Sociedad, sería entonces como quisiéramos nosotros que fuese, y nadie se atrevería a combatir a quien contaba con la fuerza del número, unido a la razón y a la justicia. Nada espero de los médicos de las ciudades; son materia prima poco a propósito para hacer estas Asociaciones modelos; sí lo esperaría de los médicos rurales, la parte más sana de nuestra profesión, a la vez que la más necesitada de defensa, por ser la más desatendida y la más olvidada. Pero ¡ah! sería labor de taumaturgos hacer que esos hombres engañados y pisoteados por la sociedad y por sus mismos compañeros abandonen nuevamente aquellos pueblos, que son ya su único horizonte, y aquellos campos que constituyen su única perspectiva, para traerlos a la vida pública, constituyendo una colectividad capacitada y consciente para luchar contra los enemigos de nuestra clase, tanto los que viven dentro de ella y pertenecen a su misma entraña, que no son pocos, como de los que están fuera, acechando todo momento para mermar su honorabilidad y su prestigio. Sin embargo, la necesidad, el instinto de conservación, el derecho a la vida, harán, más tarde o más temprano, que esa inquietud pasiva, ese desasosiego estéril de la clase médica se convierta en una franca y manifiesta rebeldía, que marcará en el camino de nuestros levantados destinos perspectivas más en armonía con nuestras aspiraciones y nuestros anhelos.

ANTONIO GUALLAR POZA.

A los Autores y Editores

“Hojas Médicas,, anunciará en dos números sucesivos todas las obras de las que se envíe un ejemplar y hará, además, un juicio crítico imparcial si se remiten dos ejemplares.

“Hojas Médicas,, annoncerá pendant deux mois tout ouvrages envoyé a nos bureaux: si deux exemplaires nous sont parvenus nous ferons l'analyse bibliographique.

A. AIMES

VIENT DE PARAITRE.—*La pratique de L'Héliothérapie.* In-8, 1914, 26 figures et 10 planches hors texte. **4 francs.**

La cure solaire tient actuellement une grande place en thérapeutique et le récent Congrès de Cannes a montré l'importance de cette méthode, aujourd'hui très largement appliquée.

On trouvera dans le livre du Dr Aimes un exposé complet de la question; l'auteur possède une grande expérience de la cure solaire à laquelle il a consacré un nombre important de publications, et la plupart des chapitres de son ouvrage sont originaux.

Les effets, les indications, la technique et les résultats de la cure solaire sont les points surtout mis en valeur.

Présenté sous une forme essentiellement pratique, cet ouvrage, orné de nombreuses planches hors texte, sera de la plus grande utilité pour le médecin.

Librairie J. B. Baillière et fils
12, Rue Hautefeuille. — PARIS

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1914, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en Pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le professeur Albert Robin. 1 vol. in-8 de 372 pages. Cartonné: 3 fr.

Ce *Formulaire*, écrit avec concision et clarté, a comblé heureusement une lacune: il réunit et étudie, avec toutes les indications pratiques qu'elles comportent, les acquisitions modernes de la thérapeutique.

L'année 1913 a vu naître un grand nombre de médicaments nouveaux; le *Formulaire* de Bocquillon-Limousin enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent. L'édition de 1914 contient un grand nombre d'articles sur les médicaments introduits récemment dans la thérapeutique et qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même dans les plus récents.

MODESTO USÓN, EDITOR * BARCELONA * VALENCIA, 83

Técnica Clínica Médica y Semeiología elementales

Publicadas bajo la dirección del **DR. EMILIO SERGENT**, Médico de los hospitales de París

Con la colaboración de los doctores **Ribadeau-Dumas**, Médico de los hospitales **Lian**, Antiguo interno de los hospitales — **D'Heucqueville**, Antiguo interno de los hospitales — **Fecarotta Esteban Chauvet**, Interno de los hospitales **Pruvost**, Interno de los hospitales — **Hazard**, Interno de los hospitales

Con 212 figuras intercaladas y 2 láminas fuera de texto

Prefacio del **Dr. Justo Lucas-Championnière**, traducido por el **Dr. M. Montaner**, con un prólogo del **Dr. D. Eusebio Oliver Aznar**, Catedrático de Patología general de la Facultad de Medicina de Barcelona

Dos tomos en 8.º de 900 páginas en junto, con 212 grabados y dos láminas de color fuera de texto.

PRECIO: 7 pesetas e tomo primero * 6 pesetas el tomo segundo

DEL SÍNTOMA A LA ENFERMEDAD, por **A. Coste**, de Bedatieme. Prólogo del **Pr. Grasset**. Traducción del Dr. M. Montaner. Un vol. en 8.º de 264 páginas, lujosamente encuadernado en tela.

PRECIO: 5 PESETAS

BIBLIOGRAFÍA

F. COSTE. Del síntoma a la enfermedad.—Un volumen en 8.º de 264 páginas, lujosamente encuadernado en tela. Barcelona, 1914.

Nuevamente, y con sumo gusto, vamos a ocuparnos de una obra editada por Modesto Usón, editor barcelonés que está dando prueba de un fino tacto en la elección de obras de Medicina útiles de verdad para el médico práctico.

Tras de la obra de Sergent, de la que dimos cuenta en el número pasado, ha publicado la titulada *Del síntoma a la enfermedad*, que es, según calificación de su prologoista, el Dr. Grasset, un *Guía de Medicina práctica*.

En efecto, aseguro que muy pocos libros he leído con tanta delectación como el que me ocupa. Desde el principio hasta el colofón final no se encuentra nada despreciable. Es a manera de un breviario de semeiología aplicada que debe ir siempre al lado del médico, ya que en todo momento de su consulta sacará provecho inmediato al resolver los problemas que todos los días se nos plantean a la cabecera de los enfermos en nuestras primeras visitas; el problema de contestar a esta pregunta: ¿Cómo voy a pasar del síntoma a la enfermedad?

El Dr. Coste nos resuelve la mayoría de ellos en su diminuto libro con una claridad difícil de superar.

¿Apreciación final? *Que me supo a poco.* Que no obstante tratarse en él de la Aceleración del corazón, Taquicardia, Anuria, Arritmia, Ascitis, Bradicardia, Cefalalgia, Coma, Convulsiones, Dilatación de estómago, Disnea, Dispepsia, Dolor abdominal, Dolor torácico, Epistaxis, Hematemesis, Hematuria, Hemoptisis, Hemorragia intestinal, Ictericia, Incontinencia de orina, Meteorismo, Palpitaciones, Piuria, Poliuria, Poliuria, Retención completa de orina, Temblores, Transtornos del apetito y de la sed, Tumores abdominales, Vértigo, Vómica y Vómito, yo hubiese deseado que el Dr. Coste me hubiese continuado llevando, como de la mano, del síntoma a la enfermedad, en otros casos que no menciona, sin duda por considerarlos de interpretación más fácil que los expuestos.

Felicitemos al Dr. F. Coste, médico de Bedatieme, por su precioso libro, y al doctor M. Montaner por la fiel traducción que ha hecho del mismo y recomendamos a nuestros lectores la lectura de tan preciosa obra.

DR. M. J. ALCRUDO.

Tratamiento científico de la obesidad.—El Dr. Arturo Galcerán Gaspar, de Barcelona, ha publicado un interesante folleto en 4.º de 21 páginas, con el título que antecede, merecedor de algunos comentarios.

Después de definir la obesidad como un trastorno de nutrición, clasifica esta enfermedad teniendo en cuenta su origen exógeno o endógeno y en éste según el órgano de secreción interna que con sus productos alterados, desarregla el metabolismo nutritivo, pasa en consecuencia a clasificar el tratamiento atendiendo a su patogenia.

Tratamiento dietético.—Dejando de lado las desavenencias respecto a la calidad de alimentación, dice a título general que el régimen del obeso debe producir unas 1.500 calorías con enflaquecimiento diario de 300 gramos, y para esto da la siguiente dieta: café, te, sopas de hierbas, leche desgrasada, carnes sin salsas, pescado, quesos, huevos, pan y patatas 70 gramos, vino 200 y agua mineral. En casos extremos

y siempre en obesos con exceso de urea y uratos *dieta famis* disminuyendo gradualmente la cantidad.

A los obesos por defecto de oxidación perjudica esta disminución y se contrarrestará por oxidantes orgánicos.

Tratamiento higioterápico.—Los baños de sol y, en defecto de éstos, los baños de luz eléctrica y las aguas sulfatadas y alcalinas son los medios aconsejados en este grupo para toda clase de obesos. A falta de baños de luz solar propone los baños eléctricos con múltiples focos de incandescencia y da dos modelos, el uno para tomar el baño en posición horizontal, el más cómodo en enfermos no muy obesos y con corazón no débil, y el otro para posición sentada en los demás enfermos.

Tratamiento opoterapéutico.—Teniendo en cuenta que el tiroides principalmente y luego el ovario, hipotisis, riñón y cápsula suprarrenal son activantes de los movimientos nutritivos, de asimilación y desasimilación, da los extractos de estos órganos cuando la obesidad depende de su funcionalismo insuficiente, y de aquí deriva la necesidad imprescindible de investigar tales órganos en los obesos.

Tratamiento farmacológico.—El yodo, activante de las secreciones internas, en los obesos artríticos y arterioescleróticos. Los oxidantes orgánicos, si bien por su toxicidad no deben prolongarse; los metales coloidales aumentando la eliminación de ázoe, urea y ácido úrico, etc.

Tratamiento fisioterápico.—Para estimular todas funciones y asegurar la eliminación de materiales inservibles que producen autointoxicaciones por retención, se obliga al obeso al ejercicio inspiratorio durante diez minutos tres o cuatro veces al día o bien en los poco constantes, al paseo, esgrima, etc., y la ozonización, sin olvidar el tratamiento mecánico para romper las células adiposas y facilitar su absorción.

Tratamiento electromecánico.—Se propone activar la nutrición, destruir las células adiposas y estimular los músculos. El primer efecto se consigue con las corrientes de alta tensión y, si los enfermos son nerviosos, con la forma frankliniana. Para conseguir el segundo efecto, la foradización o mejor el galvanoforadismo, que consigue tonicidad muscular, destruye la grasa y facilita su oxidación y absorción. Y el tercer efecto por el masaje mecánico en cualquier forma.

Con estos tratamientos combinados, según la causa de la obesidad, se consigue en un cuatrimestre el alivio de la enfermedad en más de 20 kilogramos de peso.

Al folleto, magníficamente presentado, acompañan nueve fotograbados y grabados esquemáticos que dan perfecta cuenta del material ozonizador, eléctrico y mecánico, grandes ayudas en la cosa de la que pudiéramos decir molesta y ridícula obesidad.

A. G. B.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Berck, ses méthodes de traitement et son climat idéal pour les malades, par F. Calot, Un vol. in 4 de 154 pag. avec 100 figures, 4 frs. A. Maloine, editeur, Paris.

*

Del sintoma a la enfermedad, por F. Coste, de Bedarieux. Un volumen en 8.º de

264 páginas, encuadernado en tela, 5 pesetas. Modesto Usón, calle de Valencia, 83, Barcelona. (Dos ejemplares).

*

Tratamiento científico de la obesidad, por el Dr. A. Garcerán Gaspar. Un folleto de 21 páginas con figuras. (Dos ejemplares).



LA FICCIÓN DE UNA CAMPAÑA

PIDIENDO UNA TIRANÍA

QUINIENTOS MIL TUBERCULOSOS

El Mundo publica el interesante artículo que insertamos a continuación, con el que estamos en un todo conformes. Hora es ya de romper los antiguos moldes en que se desenvuelve la lucha antituberculosa.

M. J. Alcrudo.

Se ha iniciado entre nosotros una honda y fraternal conmiseración por los tuberculosos. Dentro de poco, con el dinero recaudado en la Fiesta de la flor el pasado año y el presente, se alzarán en la serranía cercana dos sanatorios nuevos. El Estado continúa dedicando una modesta consignación a los creados en La Coruña y Santander. Apóstoles de esta campaña contra la muerte inexorable, como el Dr. Moliner, no desmayan en su propaganda, iniciada hace quince años, a pesar de la indiferencia con que la opinión y la Prensa la acogieran. Luego, médicos insignes, Martín Salazar, Verdes, Montenegro, Malo de Poveda, Jiménez Encina, nos hablan cada día de este deber social. Del trono mismo desciende un impulso de caridad; las damas de la aristocracia se apresuran a seguirlo, dedicando sus horas ociosas a esta dulce tarea de procurar alivio y bienestar a los cogidos ya y aprehendidos definitivamente por la enfermedad traidora. Un día al año, las señoritas, bien ataviadas, nos detendrán en la calle para colocar una flor en nuestra chaqueta mesocrática a cambio de una limosna.

Se crearán más dispensarios en la ciudad, más hospitales en la montaña y en la playa, se organizarán más numerosas caravanas de niños predeterminados y contagiados. Las Ligas y Asociaciones antituberculosas acrecentarán sus organismos y acumularán en la lucha mayores energías y más numerosas actividades. Y, sin embargo, la orgía social continuará viendo a la Fatalidad interrumpir las horas alegres, escribiendo como el «Mane», «Tece», «Phares» bíblico, una sañuda amenaza: «¡Tú morirás!»

Morirás tú, pobre modistilla, pobre obrera forzada, a cambio de un mísero jornal, a trabajar diez horas cada día, pedaleando en una máquina que deforma tus ovarios y oprime tus pulmones. Morirás tú, pobre niño, al que con un mendrugo de pan encierran seis horas en una escuela sin aire y sin sol.

Morirás tú, obrero, que trabajas por un precio inferior al precio de la satisfacción de tus necesidades y que tienes hambre de pan, de aire y de alegría. Y vosotros, los ahitos y los poderosos, moriréis también, a cente-

nares y a millares, pagando las culpas vuestras y las de vuestros antepasados, en legiones de alcohólicos, de avariósicos, de lascivos, porque la tuberculosis es una inexorable revancha de la Naturaleza contra todos los egoísmos y todas las locuras de la civilización. ¡Y luego las guerras! ¿Ha calculado nadie el incremento que dió a la tuberculosis en España la repatriación de los soldados que pelearon en Cuba? Cada año mueren en la península, en plena juventud, 50.000 tuberculosos, el dos y medio por mil de nuestra población total, lo cual supone, haciendo un cálculo modestísimo, la existencia de una población enferma de 500.000 personas, entre tuberculosos en sus distintos grados y pretuberculosos.

Si seriamente queremos decir que Ligas, y Juntas, y Gobiernos, y Asociaciones, y periódicos vamos a combatir con ese tremendo enemigo que se nos lleva, en una emigración definitiva, 50.000 hermanos cada año, y que deja preparada una reserva permanente de medio millón de habitantes, será preciso confesar que cuanto se recaude en la Fiesta de la flor y cuanto consigna el Estado en los presupuestos son una gota de agua, con la que apaciguaremos las últimas angustias de unos centenares de enfermos. Pero ¡obra social!, ¡batalla contra la muerte!, ¡redención humana!, ¿qué ha de ser eso, ni obra, ni batalla, ni redención? Será la apariencia o la ficción de todo ello, buena sólo para engañar a la cándida galería y para halagar la vanidad o la inocencia de cuantos se agrupan en esas empresas.

Para acabar esa guerra con dinero, para oponer al enemigo que mata 50.000 españoles cada año, no provisiones legales, que en nuestra ridícula democracia parecen tiranías, sino Sanatorios y Dispensarios y colonias escolares, sería preciso gastar un millón de pesetas cada día, 850 millones de pesetas cada año. Cuidar a los ya tuberculosos—curarlos, por ahora, no puede decirse, en verdad—exigiría la creación de 40 sanatorios en Madrid, puesto que cada año mueren en Madrid 2.000 tísicos. Y otros 4.000 en Barcelona, y proporcionalmente en las demás provincias de España. ¿Dónde hay dinero para eso?

Pero, además, la batalla a la diezmadora enfermedad hay que darla en las reservas que ella va preparando, en las filas de los tuberculosos, donde la curación es casi segura; lo que hay que elegir y cuidar y defender es el sinnúmero de niños raquíuticos, hambrientos, degenerados, sifilíticos, donde la tuberculosis clavará sus garras. ¿Y cómo asistir, mantener y vestir, no como en un cuartel o un presidio, sino higiénicamente, espléndidamente, a ese medio millón de predestinados?

No; a la tuberculosis no se la vencerá sino en una acción de tiranía social que no excluya al sanatorio ni al dispensario, pero que los relegue a segundo término. Las Juntas y Ligas que hoy existen, y que en realidad no tienen más valor que el de todas las buenas intenciones y rectos propósitos, que el que tiene la mirada compasiva que dirigimos al mendigo cuando le alejamos de nuestro lado con un «¡Dios le ampare, hermano!», pudieran acrecentar la eficacia de su acción pidiendo a voces esta tiranía, preparando a la opinión pública para soportarla.

¡Santa y barata tiranía la de aquellas leyes que regulen el precio del trabajo con el valor de las subsistencias; que nieguen el derecho de propiedad de todo edificio que no tenga luz y aire y agua suficientes; que impongan a toda industria y lugar de trabajo condiciones que no lleguen a los límites de la resistencia humana; que persigan violentamente la soltería, la prostitución y la clandestinidad del amor; que encarezcan y limiten las explotaciones industriales del placer y de la holganza; que prohi-

ban violentamente el matrimonio de los tuberculosos, los sifilíticos y los alcohólicos, que creen nuevas escuelas, nuevos Asilos y nuevos cuarteles, donde el contagio sea imposible...! ¡Santa y barata tiranía, porque ella sola acabará con esa bárbara mortandad!

Pero mientras el pueblo no gane nunca lo suficiente para pagar los alimentos necesarios y vivir en habitaciones amplias y luminosas; mientras las fábricas y los talleres, las escuelas y los Asilos sean antesalas del Hospital y el cementerio; mientras el industrial y el propietario tengan la libertad de su codicia amparada por las leyes; mientras la mancebía y el clandestinaje del amor tengan carta de lícita ciudadanía, mientras la taberna y el cafetín sean industrias libres, con fueros de antecomité electoral, y mientras el tuberculoso pueda llevar el contagio de su dolor a todas partes y crear un hogar y engendrar hijos condenados antes de nacer... ¿de qué servirán esos cuatro sanatorios de Madrid y esos dos que mantiene el presupuesto nacional, y esos 30.000 duros de la Fiesta de la flor, y esas Ligas y esas Juntas...?

A la guerra se responde con el estado de guerra. Cada año mueren en España 50.000 tuberculosos; medio millón de españoles están predestinados, señalados, escogidos por ese angel exterminador de la edad presente. Para salvarlos con dinero, con los medios que el dinero puede facilitar, son necesarios 3.500 millones de pesetas en diez años. Y no teniendo, careciendo del valor social necesario para arrancarlos de las cajas donde se guardan, no hay más solución que hacer del médico un tirano y poner a su disposición las cajas de las Diputaciones y Ayuntamientos, y el derecho de propiedad y la libertad de los ciudadanos... Todo lo demás son paliativos y apariencias de remedios y ficciones engañosas...

DIONISIO PÉREZ.



PROFESIONALES

CONGRESOS

Primer Congreso español de Pediatría, celebrado en Palma de Mallorca, del 19 al 25 de Abril de 1914, bajo el Alto Patronado de Su Majestad el Rey Don Alfonso XIII. = =

ADVERTENCIA

Este Congreso, cuya única finalidad ha sido disminuir la enorme mortalidad infantil evitable que nos abochorna ante el mundo, llena de luto nuestros hogares y merma ciudadanos a la patria, se ha celebrado en Palma de Mallorca, del 19 al 25 de Abril, con un éxito que ha superado a todas nuestras esperanzas. A pesar de no contar con el más mínimo apoyo central, a pesar de vernos obligados a un aplazamiento, a pesar de una indiferencia general, descorazonadora, a pesar de luchar con la hostilidad más o menos encubierta de un personaje centralista, cual si toda obra buena hubiera de tener su calvario, el Congreso ha reunido, aparte de muchos socios nacionales, varios otros extranjeros procedentes de Rusia, de Bélgica, de Francia, de Italia y de América. Su colaboración constará en el libro de actas. Fruto del Congreso son las treinta y una conclusiones que siguen. No pretendemos que todas se lleven a la práctica inmediatamente: unas, la primera, por ejemplo, son fáciles de aplicar; otras y todas las restantes, son las orientaciones que la Ciencia señala y que pueden irse implantando más o menos pronto, según los recursos y la voluntad de los filántropos y de los Gobiernos.

A los dones con que la Naturaleza ha

envejecido la Isla de Palma, a los hechos brillantes con que la ha enriquecido la Historia, a sus propios encantos que pintores, poetas y prosistas han ensalzado hasta la hipérbola y se han quedado cortos, la ciudad de Palma, que ha acogido con cariño maternal a este Congreso, de aquí nuestro éxito, ha adquirido con esta Asamblea un timbre nuevo: el de ciudad científica, por lo cual será además, en lo sucesivo, la Covadonga de la regeneración infantil española.

CONCLUSIONES

- 1.^a Que se imprima el Código de la madre y que el Gobierno haga su reparto en todas las oficinas del registro civil o en todas las Parroquias, para que al ser inscripto o bautizado un niño, se entregue a sus deudos un ejemplar, recomendando al propio tiempo su lectura y la observancia de sus consejos.
- 2.^a Que procure el Gobierno la implantación del matrimonio eugénico, para que, por una serie de propagandas que formen ambiente social, pueda erigirse en ley sin protesta de ningún género.
- 3.^a Que se vigoricen las leyes relativas al aborto criminal y al infanticidio y se prohíba la propaganda anticoncepcionista y la venta de pastillas y de todos los medios que destruyen la semilla humana.
- 4.^o Que se promulgue la ley del reposo de la mujer embarazada, existente ya en otros países, dándole dos meses de descanso: el último del embarazo y el inmediato al alumbramiento, para establecer una lactancia materna satisfactoria.
- 5.^a Que se construyan Asilos para las solteras embarazadas, donde éstas puedan permanecer largo tiempo y conservar su hijo.
- 6.^a Que se organicen Mutualidades ma-

ternas o Cajas de ahorro para auxiliar a las embarazadas. Se comprenderá en la ley del reposo a las madres que, por tener cuatro hijos menores de trece años, no puedan trabajar en las fábricas. Que se estimule la difusión de Pólizas de protección Infantil (Martínez V.)

7.^a Que se fomente el establecimiento de Gotas de leche con la mira estricta de defender y auxiliar la lactancia moderna y de evitar la artificial, peligro de estos establecimientos; y procurar que su dirección corra a cargo de los profesores o de los especialistas acreditados, so pena de malograr los beneficios y de multiplicar los inconvenientes de estos institutos.

8.^a Que se vigile el cumplimiento de las disposiciones legales sobre la industria nodrícera. Prohibir la fabricación y venta de biberones con tubo interno.

9.^a Que se constituyan Juntas de Protección infantil hasta en las poblaciones más insignificantes, y que éstas formen entre sí y con las demás y con un Instituto Puericultor Central una tupida red que comprenda la protección física, moral e intelectual del niño en todo el Reino.

10. Que en las ciudades donde haya Universidad, el Catedrático de enfermedades de la infancia sea vocal nato de la Junta local, como técnico.

11. Que se establezcan Comedores para las madres lactantes, donde éstas, por un precio ínfimo o mediante vales, puedan hacer una comida o dos al día. Se fomentarán las Casas-cunas o Parques de custodia para las madres que deban abandonar sus hijos durante el día por asistir al trabajo, donde serán atendidos los niños de pecho y los destetados que no hayan cumplido seis años y que no sean admitidos en la escuela.

12. Que se imponga a los patronos la obligación de instalar en sus fábricas una sala donde las obreras lactantes tengan custodiados sus hijos y puedan interrumpir su trabajo para dar el pecho, disponiendo de media hora si la sala está en el recinto de la fábrica y de una hora si está fuera.

13. Que se premie a las familias de prole numerosa y se imponga una contribución sobre el celibato.

14. Que, atentos al problema de la tuberculosis, se organice una Junta Central en relación estrecha con otras del extranjero, o mejor, con un Instituto internacional, para que en cuanto se afiance la utilidad y la inocuidad de las vacunas antituberculosas, se recomiende su aplicación a los niños españoles, voluntaria al público y después obligatoria, según sean los resultados apreciados.

15. Que dada la importancia terapéutica del radio y del torio y su elevado coste, la Diputaciones y Ayuntamientos se encarguen de su adquisición y los pongan a disposición de los médicos en sus diversos establecimientos de beneficencia.

16. Que se den cursillos de Maternología en las Escuelas Normales de señoritas y procurar que éstos sean dados por profesores de la Universidad o especialistas acreditados. Estos cursillos servirán de base para una nueva carrera de las señoritas españolas; la de niñera ilustrada con certificado de aptitud.

17. Que durante el verano se multipliquen las colonias escolares, se faciliten los barcos viejos de guerra o los mercantes, para hacer excursiones marítimas con las madres lactantes, cuyos hijos sufran diarreas y otros trastornos estivales. Que en los barrios obreros se organicen Juntas de Socorro que lleven a las familias pobres leche y agua esterilizada, hielo y otros recursos y consejos, para disminuir en lo posible la morbilidad infantil. Que se favorezca la creación de Sanatorios marítimos.

18. Que se encarguen de la educación física en las escuelas Profesores de ciencias médicas.

19. Que se observe rigurosamente la asistencia obligatoria a la escuela, aun cuando para ello sea preciso anular la paternidad cuando sea indigna.

20. Que se mejoren las condiciones higiénicas de las escuelas, instalando en ellas piscinas, duchas, cantinas y campos agrícolas, etc.

21. Que se organice la inspección médica de las escuelas con todas las exigencias de la ciencia actual, con el cuaderno biológico de cada escolar.

22. Que se fomenten escuelas de bosques o al aire libre.

NOTICIAS

23. Que en las escuelas graduadas se forme una sección donde los niños retrasados o anormales puedan adquirir la educación e instrucción convenientes, bajo la dirección de un médico psiquiatra.

24. Que se creen establecimientos para todos los anormales, exceptuando los peligrosos e ineducables, con todo el personal médico pedagógico y material docente a cargo de un médico psiquiatra.

25. Que se habiliten Institutos para los anormales graves susceptibles de ciertas mejorías, pero inadaptables a la vida social, los cuales podrán vivir como anexos en algunas frenocomías.

26. Que se vigorice la ley de represión de la vagancia y de la mendicidad, vigilando su estricto cumplimiento; alistando talleres, granjas agrícolas, familias campesinas u obreros de moralidad reconocida, para colocar en ella los jóvenes vagabundos, según su robustez física y sus aptitudes. Si esto fuera insuficiente, se organizarán colonias penitenciarias al estilo suizo.

27. Que sea un hecho la censura previa de las películas cinematográficas, la vigilancia severa de las casas de juego y otros centros de perdición para que no sea posible el acceso de los jóvenes menores de veinte años.

28. Que se organicen los *Tribunales para niños*.

29. Que se fomenten el teatro y los campos de juego para niños.

30. Que se instituya la *Fiesta de la Infancia*, la cual se celebrará en plena primavera, con mayor solemnidad posible, para exaltar las virtudes de la MATERNIDAD y premiar a las madres que crien a sus hijos más limpios y más robustos.

31. Que la «Sociedad Pediátrica Española», de Barcelona, que ha organizado este Congreso, se encargue de organizar el segundo de la serie para el año 1916.

Palma de Mallorca 25 de Abril de 1914.
El Presidente, ANDRÉS MARTÍNEZ VARGAS.
El Secretario general, ANTONIO ALORDA.



Reparación justa.—Al ajustar este número recibimos la grata noticia de que el conflicto surgido entre el dignísimo catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Granada y sus alumnos ha quedado satisfactoriamente resuelto, reconociendo todos la razón que asistía al doctor Velázquez de Castro, y acordando el ministro de Instrucción Pública revocar la Real orden en la que disponía que los alumnos de Terapéutica de Granada fueran examinados, no sólo por el catedrático como es costumbre, sino por un tribunal especial.

Felicitemos, pues, al Dr. Velázquez de Castro, a sus alumnos y al ministro por la solución satisfactoria del conflicto.

*

Pensionados para el extranjero.—La Junta de pensiones ha concedido las siguientes:

A D. Emilio Ardevol y Miralles, doctor en Medicina y auxiliar honorario de la Facultad de Medicina de Barcelona, dos meses para realizar investigaciones de Laboratorio sobre Embriología y de Placentación en Alemania y Austria, con 350 pesetas mensuales, 500 para viajes y 200 para material y matrículas.

A D. Enrique Alcina y Quesada, catedrático de Anatomía topográfica y operaciones en la Facultad de Medicina de Cádiz, tres meses para realizar estudios de Cirugía operatoria general, y en especial del aparato génito urinario, en las clínicas de Alemania, con 350 pesetas mensuales, 500 para viajes y 200 para material y matrícula.

A D. Estandislo del Campo y López, doctor en Medicina y auxiliar de la Facultad de la Universidad Central, doce meses para estudiar Técnica bioquímica y Gráfica fisiológica en París, con 350 pesetas mensuales, 400 para viajes y 300 para material y matrículas.

A D. Fernando Rubio Marco, doctor en Medicina, inspector de Sanidad y director del Sanatorio Marítimo Nacional de Oza, tres meses para estudiar la organización de Sanatorios, su funcionamiento y medios empleados para el tratamiento de las lesio-

nes óseas en Suiza, Alemania y Francia, con 350 pesetas mensuales, 500 para viajes y 200 para material.

*

Recepción de un edificio.—La Real Academia de Medicina tomó posesión el miércoles último del edificio que con destino a la misma ha construido el Estado en la calle de Arrieta, núm. 10. De desear sería que en plazo breve se trasladara la Academia al citado edificio.

*

Unión Médico Farmacéutica.—Muy pronto quedará ultimado el Reglamento que para la asistencia domiciliaria del proletariado madrileño está redactando la Junta directiva de esta importante Asociación médico farmacéutica. En ésta han de figurar, seguramente, los nombres más prestigiosos del profesorado, que en cumplimiento de uno de sus más preciados deberes, y adelantándose a lo que en otros países tuvo que ser iniciativa de los Gobiernos o de los partidos más avanzados, se aprestan a practicar y resolver con su altruismo tan importante problema médico social, y a contrarrestar el abusivo proceder de los que, considerando un negocio estos asuntos, los explotan a costa de la sanidad pública y del honor profesional.

La Junta directiva, constituida por los Sres. Benedicto, Baranguán y Bonald, por los farmacéuticos, y los Dres. Corral, Grau y Ballesteros, presidente del Bloque Sanitario Español, por los médicos, está recibiendo numerosas adhesiones de cuantos elementos son precisos para realizar tan magna empresa. Algunos muy ilustres y renombrados médicos que sólo visitan en consulta, se han ofrecido a visitar a domicilio un determinado número de familias. En un día próximo publicaremos el manifiesto que la Unión Médico Farmacéutica dará al pueblo de Madrid.

*

La oficina de farmacia de D. Pascual Cardona.—Terminado el plazo señalado en el concurso oportunamente anunciado para dar cumplimiento a la última disposición testamentaria del que fué farmacéutico de Tauste, D. Pascual Cardona,

se reunió en sesión extraordinaria la Junta de Gobierno del Colegio oficial de farmacéuticos de la provincia de Zaragoza, el día 23 de Mayo. No se había presentado más que un expediente de D. Eugenio Ruiz y Ruiz, natural de Alcanadre (Logroño), licenciado en Farmacia desde 27 de Junio de 1900 y graduado de doctor en 12 de Octubre de 1911 y actualmente regente de una farmacia en Guadalajara. Encontrando reunidas en el mencionado expediente todas las condiciones que en el testamento se exigen, la Junta acordó otorgar al interesado D. Eugenio Ruiz y Ruiz la propiedad de la farmacia por unanimidad, pudiendo disponer de ella libremente.

En la época estival que este año parece anticiparse, el Búlgarol resolverá en muchos casos el tratamiento insustituible de las diarreas verdes de los niños y demás enteritis propias del estío.

Homenaje.—El Ayuntamiento de Palma de Mallorca ha acordado dar a una de sus principales calles el nombre del doctor Martínez Vargas, a fin de perpetuar la memoria del Congreso de Pediatría que acaba de celebrarse en aquella ciudad.

La idea no puede ser más acertada, y bien merece este honor el insigne catedrático de la Universidad de Barcelona, alma y vida del reciente Congreso, cuyo éxito, por todos reconocido, se debe principalmente a sus activas y acertadas gestiones.

*

Cátedra a concurso.—Por defunción del doctor Olmedilla y de conformidad con lo propuesto por la Comisión permanente del Consejo de Instrucción Pública, S. M. el Rey (que Dios guarde) ha tenido a bien disponer que la cátedra de Farmacia práctica y Legislación relativa a la Farmacia, vacante en la Universidad central, se anuncie al turno de concurso de traslación a tenor de lo preceptuado en el Real Decreto de 30 de Diciembre de 1912.

*

Vacantes en puertos.—Vacantes las plazas de directores médicos de las Estaciones sanitarias de los puertos de Garru-

cha, Gandía y Denia, dotadas las dos primeras con el haber anual de 2.500 pesetas, y con el de 2.000 la última; en cumplimiento de lo prevenido por el artículo 15 del Reglamento provisional de Sanidad exterior de 14 de Enero de 1909, se convoca concurso para la provisión de los expresados cargos y sus resultas, entre los médicos activos del Cuerpo de Sanidad exterior pertenecientes a la categoría de oficial de tercera y cuarta clase de Administración civil; debiendo los aspirantes que deseen concursar dichas plazas y sus resultas, presentar sus instancias en el Ministerio de la Gobernación dentro del plazo de diez días, a contar desde el siguiente al de la publicación de la presente en la *Gaceta* de Madrid (día 28 de Mayo).

*

Nuevo catedrático.—En virtud de oposición, S. M. el Rey (q. D. g.) ha resuelto nombrar a D. Alejandro Otero y Fernández catedrático numerario de Obstetricia y su clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, con el sueldo anual de 4.000 pesetas.

Por consecuencia de este nombramiento, queda vacante la plaza de auxiliar numerario del séptimo grupo de la Facultad de Medicina de la Universidad central, que actualmente desempeña el interesado.

Nuestra cordial enhorabuena al doctor Otero.

*

El núm. 17 de *Los Progresos de la Clínica* publica el siguiente sumario:

I. El Psicoanálisis, por el Dr. E. Fernández Sanz, profesor auxiliar de Clínica Médica en la Facultad de Medicina de Madrid.

II. Progresos en el estudio de las enfermedades de la sangre y en el tratamiento de las mismas, por el Dr. Fr. Port, de Göttingen.

III. Estudio acerca de la triquinosis y su tratamiento, por D. Manuel Mas Gilabert, Médico Director de la Inclusa de Cartagena.

IV. Sarcomatosis secundaria melármica generalizada. Nota clínica, por el doctor D. Vicente Gimeno, Profesor Auxiliar de Dermatología en la Universidad Central.

V. Accidente producido por la acción de una corriente eléctrica de gran intensidad. Primera estereoscopia en colores, por el Dr. D. Teófilo Hernando, Profesor de Terapéutica en la Facultad de Medicina de Madrid.

VI. Reseña de las sesiones de Academias y Sociedades médicas.

VII. Diferenciación de las epilepsias, por el Dr. D. Camilo Calleja.

VIII. Revista de la Prensa.

IX. Bibliografía.

Sumario del suplemento:

I. Ventajas que ofrece la suscripción al periódico y mejoras en la Revista para 1914.

II. Disposiciones oficiales.

III. Noticias de interés general.

IV. Partidos médicos vacantes.

V. Correspondencia con los señores suscriptores.

*

Donativo.—El reputado Dr. Hauser, deseando dar una prueba de su cariño por Sevilla, en cuya ciudad ejerció la Medicina durante mucho tiempo y en la que, a pesar del tiempo transcurrido, disfruta grandes simpatías entre todas las clases sociales, ha hecho donación de su magnífica Biblioteca al Ayuntamiento de dicha ciudad. Este, en justa reciprocidad, le ha nombrado hijo adoptivo de Sevilla, y el Colegio de Médicos de esta población le ha nombrado también Miembro de honor.

El rasgo del Dr. Hauser ha sido muy alabado por todos, y es una prueba más de sus sentimientos altruistas y de su amor a España, su patria adoptiva.

*

Homenaje.—Los amigos y admiradores del Dr. D. José Gómez Ocaña, deseando festejar su nombramiento de Senador por la Universidad de Madrid, le han obsequiado con un espléndido banquete, que se celebró en el Hotel Palace, y al que asistió gran número de comensales, que quisieron dar así una prueba de su admiración hacia el eminente Catedrático de la Facultad de Medicina.

El acto sirvió para poner de manifiesto las muchas y merecidas simpatías que disfruta el nuevo Senador, de cuya gestión tanto espera la Clase médica.

VACANTES

La de Valdecañas (Palencia), villa con Ayuntamiento de 345 habitantes, a 8 kilómetros de Baltanás, que es su partido judicial, y 33 de la capital. La estación más próxima, Torquemada, a 11 kilómetros. con dotación anual de 750 pesetas, pagadas de los fondos municipales por trimestres vencidos por la asistencia de tres familias pobres y transeuntes, pudiendo el agraciado contratar por separado con los vecinos pudientes de la misma y cobrar 160 fanegas de trigo garantizadas por una Comisión. Los aspirantes a dicha plaza presentarán sus solicitudes en la Secretaría de este Ayuntamiento en el término de 30 días. (B. O. del 3 de Junio).—El alcalde, Francisco Gil.

—La de médico de Sosés (Lérida), lugar con Ayuntamiento de 1.116 habitantes, a 14 kilómetros de la capital, que es su partido judicial; la estación más próxima, Bell-Lloc, a 4 kilómetros, dotada con el haber anual de 2.750 pesetas, cobraderas por trimestres vencidos por una Comisión de vecinos nombrada al efecto; se anuncia para el que quiera optarla presente solicitud hasta el día 21 de Junio, en cuyo día se proveerá. (B. O. del 4 de Junio). El agraciado podrá contar, a más de la cantidad indicada, con otra que le prodrá producir un pequeño botiquín de urgencia. El alcalde, Ramón J. Sancho.

—La de médico de Fariza (Zamora), lugar con Ayuntamiento de 541 habitantes, a 13 kilómetros de Bermillo de Sayago, que es su partido judicial, y 49 de la capital, cuya estación es la más próxima. Tiene tres agregados con un total de 562 habitantes, vacante por terminación del contrato, con el haber anual de 400 pesetas, pagadas por trimestres vencidos por la asistencia de las familias pobres de este distrito y operaciones de quintas. Solicitudes por 30 días. (B. O. del 5 de Junio). El alcalde, Francisco Marino.

—La de médico de Quintanas Rubias de Abajo (Soria) y su anejo Quintanas Rubias de Arriba, distante tan sólo un kilómetro de buen camino, lugar con Ayuntamiento de 368 habitantes, a 20 kilómetros

de Burgo de Osma, que es su partido judicial, y 50 de la capital; la estación más próxima Osma, a 20 kilómetros. El anejo tiene 191 habitantes, la dotación anual consiste en 200 pesetas la primera y 2.800 pesetas la segunda, satisfechas por trimestres vencidos, disfrutando además el profesor casa libre y exceptuado del pago de consumos. Los señores licenciados en dicha Facultad que deseen obtenerla presentarán sus instancias en término de 30 días al alcalde de este pueblo, transcurridos que sean se proveerá. (B. O. del 8 de Junio).—El alcalde, Benito Núñez.

—La de médico de Agoncillo (Logroño), villa con Ayuntamiento de 930 habitantes, a 13 kilómetros de la capital, que es su partido judicial; la estación más próxima Recajo, a 3 kilómetros, por renuncia, con la dotación anual de 750 pesetas consignadas en presupuesto y satisfechas por trimestres vencidos de fondos municipales, por la asistencia de una a diez familias pobres de esta localidad y agregado de Arrúbal, quedando en libertad el facultativo de hacer iguales con los vecinos pudientes, que ascienden por lo menos a 2.750 pesetas, según resulta de la relación formada por una Comisión nombrada, a la que se ha prestado conformidad por los interesados y así lo han satisfecho. Solicitudes por 30 días. (B. O. del 9 de Junio).—El alcalde, Leopoldo Zorzano.

—La de médico de Támara (Palencia), villa con Ayuntamiento de 637 habitantes, a tres kilómetros de Astudillo, que es su partido judicial, y 26 de la capital; la estación más próxima, Piña, a 4 kilómetros, por renuncia, dotada con la asignación anual de 750 pesetas pagadas por trimestres vencidos de los fondos municipales por la asistencia a siete familias pobres. Los aspirantes presentarán sus solicitudes en esta Alcaldía dentro del plazo de 30 días, acompañadas de los documentos que acrediten su aptitud para el desempeño del cargo. (B. O. del 9 de Junio).—El alcalde, Minervino Pérez.

—La de médico de Maluenda (Zaragoza), y su anejo Velilla de Jiloca, distante dos kilómetros de carretera, lugar con Ayuntamiento de 1.412 habitantes, a nueve kilómetros de Calatayud, que es su

partido judicial, y 108 de la capital; tiene estación de ferrocarril; el anejo tiene 500 habitantes, dotadas con el sueldo siguiente: por la beneficencia municipal de Maluenda 750 pesetas pagadas del presupuesto por trimestres vencidos; por la de Velilla de Jiloca 250 pesetas en igual forma; por iguales de Maluenda, 2.000 pesetas; por ídem de Velilla de Jiloca, 800 pesetas. El importe de las igualas de los vecinos conducidos en ambos pueblos tendrá que cobrárselas el profesor por año o por trimestres vencidos, según lo crea más conveniente. Las solicitudes se dirigirán a esta Alcaldía hasta el 30 del actual, en que se proveerá de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento del Cuerpo de Médicos titulares. (B. O. del 9 de Junio). Se previene que el profesor que resulte agraciado deberá hallarse al frente de su cargo en este pueblo el día 1.º de Julio venidero.—El alcalde, Julio López.

—La de Vera de Moncayo (Zaragoza), villa con Ayuntamiento de 1.314 habitantes, a 8 kilómetros de Tarazona, que es su partido judicial, y cuya estación es la más próxima, y 64 de la capital. El pueblo de Trasmoz tiene 340 habitantes, por defunción del que la desempeñaba. Su dotación consiste en 250 pesetas, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal, y las igualas de 300 vecinos. Además tendrá como anejos el Monasterio de Nuestra Señora de Veruela, residencia de los Padres Jesuítas, distante un kilómetro de la población, y el inmediato pueblo de Trasmoz, que dista tres. Solicitudes por el plazo reglamentario. (B. O. del 9 de Junio).—El alcalde, Teodoro Embid.

—La de Villalpando (Zamora), villa con Ayuntamiento de 3.165 habitantes, cabeza de partido judicial, situada a 49 kilómetros de Zamora, por estar provista interinamente una de las plazas de médico titular de esta villa, se anuncia la vacante para su provisión en propiedad con la dotación de 750 pesetas anuales, pagadas del presupuesto municipal, y demás emolumentos que correspondan. Los aspiran-

tes presentarán sus solicitudes documentadas en estas oficinas dentro del término de treinta días, contados desde el siguiente al de su aparición en el periódico oficial (B. O. del 10 de Junio).—El alcalde, Emiliano Núñez.

—Una de Peñas de San Pedro (Albacete), villa con Ayuntamiento de 2.973 habitantes, a 38 kilómetros de Chinchilla, que es su partido judicial, y 33 de la capital, cuya estación es la más próxima. Tiene 12 caseríos agregados, con la dotación anual de 1.000 pesetas, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal. La obligación del titular es la de asistir a 100 familias de la Beneficencia municipal alternando con el otro compañero. Respecto al igualatorio particular pueden pedir noticias por carta que se les facilitarán. Solicitudes debidamente documentadas hasta el 15 de Julio próximo.—El alcalde, Juan Navarro.

—La de San Muñoz (Salamanca) con Sagrada y agregados, villa con Ayuntamiento de 1.247 habitantes, a 33 kilómetros de Sequeros, que es su partido judicial y 44 de la capital. La estación más próxima Bóveda, a 10 kilómetros. Tiene cuatro agregados. El pueblo asociado de La Sagrada consta de 397 habitantes, por renuncia voluntaria del que por espacio de cuarenta y seis años la ha venido desempeñando, dotada con el sueldo anual de 1.000 pesetas por la asistencia de 60 familias pobres y enfermos transeuntes, pagadas por trimestres vencidos de fondos municipales. El contrato habrá de celebrarse por un período de seis años, que principiará a contarse en 1.º de Enero de 1915 y terminará en 31 de Diciembre de 1920. El agraciado puede contratar la asistencia de 400 familias, de las cuales 100 pertenecen a la Sociedad obrera, que viene pagando semestralmente. Los aspirantes presentarán las solicitudes debidamente documentadas en la secretaría de este Ayuntamiento hasta el día 30 del actual (B. O. del 15 de Junio).—El alcalde, Modesto Rodríguez.



OBSTETRICIA

CONTRIBUCIÓN AL DIAGNÓSTICO DE LA INSERCIÓN VICIOSA DE LA PLACENTA.

Porque creo que se cultiva en esta materia un viejo, extendido y grosero error que, hasta ahora, no he visto rectificado en trabajo alguno (lo que no quiere decir que no lo haya sido, porque lejos de mí la pretensión de conocer cuanto se escribe de tocología) consagro éste al estudio de algo que, acaso con razón, califiquen los ilustrados lectores de HOJAS MÉDICAS como asunto de poco interés; no lo estimo yo así, sin embargo; antes bien, me parece que la cuestión sea estimable, si no para todos, para algunos de los lectores.

La evolución operada en obstetricia por las adquisiciones y novedades a ella aportadas se han traducido en lo que afecta a la placenta previa en un cambio apreciable de todos los capítulos de este accidente fatal; en el terreno del diagnóstico el cambio puede sintetizarse en el hecho siguiente. La fórmula clásica:

«Placenta previa es aquella que además de ocasionar hemorragias de ordinario frecuentes y graves, ofrece parte de la masa placentaria por delante de la presentación.»

Ha sido reemplazada por esta otra:

«Inserción viciosa es toda la que encaja en la fórmula precedente; pero existen además muchas inserciones bajas que apenas dan otros síntomas que algunos que por su banalidad pasan desapercibidos, tales como el parto anticipado, la rotura precoz de las membranas, presentaciones viciosas, falta de encajamiento, hemorragias y retenciones en el alumbramiento y, por último, *existencia de una banda membranosa* corta menor de 10 centímetros.»

Todos estos *pequeños síntomas* de la placenta previa tienen un valor real para el diagnóstico. La razón y la clínica (que siempre andan de acuerdo conforme al apotegma de Schopenhauer «todo lo racional es real») demuestran que en la inserción baja la espontánea, precoz y providencial rotura del huevo es frecuentísima; que las presentaciones viciosas, a veces también providenciales, se dan en proporción muchísimo mayor que en el parto normal; que los otros pequeños síntomas acompañan efectivamente a este vicio de implantación, y esto que enseñan los hechos, la razón, sin esfuerzo, lo explica satisfactoriamente. Pero el que el huevo después de expulsado presente una zona o faja de membranas menor de 10 centímetros, no es señal de inserción viciosa, y pretender erigir este dato en signo valioso casi patognómico de ella (como han pretendido Pinard y sus discípulos que son legión) es un desatino físico y geométrico, como nos proponemos demostrar.

Decimos, pues, que la circunstancia de que desde el punto de rotura del huevo al borde placentario haya, por uno de los lados, menos de diez centímetros de membranas no es ni remotamente indicio de que ese borde placentario haya estado inserto en la zona peligrosa.

En efecto: las membranas no siempre se rompen a nivel del orificio inter-



DR. GÓMEZ SALVO

no del cuello; la línea de ruptura será más veces perpendicular u oblicua que paralela al borde placentario; las membranas, aun recogidas con el mayor cuidado, no suele obtenerse íntegras y, en fin, las membranas de tejido elástico y retráctil *nunca reproducen fuera las dimensiones que tuvieron en el útero.*

De modo que aun aceptando el que la rotura se efectúa a nivel del oic (orificio interno del cuello); que las membranas salen completas; que la línea de ampliación de la rotura se hace paralela al borde placentario, nunca la banda membranosa así obtenida, que sería la obtención ideal, indica la distancia que hubo entre el orificio interno cervical y el punto más bajo a que la placenta alcanzó con su inserción.

Este concepto, hasta hoy no indicado por nadie que sepamos, nos fué sugerido por la observación de que más de la mitad de las placentas tienen una banda membranosa por uno de los bordes menor de los consabidos diez centímetros. Ni anticipación del parto, ni falta de encajamiento, ni rotura prematura de las membranas, ni hemorragia, ni alteraciones en la forma o grosor del disco placentario, ni nada, en fin, de ese conjunto sintomático que suele acompañar a las placentas poco previas se encuentra; sólo la exigüidad de la banda membranosa por uno de los lados del contorno placentario. Si esto fuera indicio de inserción baja estaríamos en el caso de preguntarnos: ¿la inserción viciosa será la regla?

Reflexionando sobre ello nos dijimos: El huevo es, sobre todo en su porción membranosa, un globo elástico, extensible, que en el útero está sometido a la presión interior de un líquido que actúa con uniforme intensidad en toda su superficie y lo distiende. Una vez roto, el tejido elástico debe de retraerse, y como fuera no podemos reproducir las condiciones dinámicas en que estuvo en el útero, las dimensiones que obtengamos midiéndolo serán más pequeñas, no sólo para el total, sino también, naturalmente, para cualquiera parte de él que se estudie. Es lo que ocurre con esas bombas de colores, de leche de los pequeñuelos. Tómese una, mídase una circunferencia cualquiera trazada con tinta en su superficie, rómpase respetando el trazado, arbrítrense luego todos los medios de elongación y antes de haber alcanzado el tercio de la longitud obtenida, los restos del juguete-esfera se nos quedarán hechos pedazos entre las manos. Esto mismo, aunque en menor escala ya que la distensión no es en él tan violenta, tiene que darse en el huevo humano, y pensando de esta manera buscamos y obtuvimos (ya hace de esto bastantes años) la más absoluta confirmación.

Si el huevo extendido al máximum fuera, decimos, reproduce las dimensiones que alcanzó dentro, la media de su sección máxima medida fuera debe corresponder a la media de la sección máxima del útero al que estuvo unido.

Ahora bien: un útero de término tiene (prescindimos del cuello) treinta centímetros de diámetro vertical y veinticuatro de diámetro transversal, a los que llamaremos D y D'. Una línea que partiendo del oic (extremo inferior del D) pase por uno de los extremos del D', por el superior del D, por el otro del D' y vuelva al punto de partida, representa la longitud L de la máxima sección uterina de útero a término y bien conformado. A esta línea curva le es aplicable sin error apreciable la fórmula geométrica:

$$L = \text{Pi} \times \frac{D + D'}{2} = 3'14159 \times \frac{30 + 24}{3} \\ = 85 \text{ centímetros.}$$

(En vez de la letra griega empleamos, por dificultades de composición, su nombre en español).

Vamos ahora a medir anejos; como se produzcan fuera las dimensiones interiores, eligiendo bien las piezas, la media habrá de andar alrededor de los ochenta y cinco centímetros. No ocurre así conforme teníamos previsto. Doscientos cincuenta anejos hemos medido con el mayor cuidado; de primíparas y de múltiparas, todos de término, con fetos bien desarrollados, todos expulsados espontáneamente con apariencias de integridad y resultado negativo del examen ulterior de los loquios. En estas condiciones se han hecho las mediciones como Pinard recomienda y aun un poco más en favor de su criterio, esto es, traccionando con energía.

Los resultados de esta investigación han sido los siguientes:

Dimensión máxima obtenida como término medio para los 250 casos.	59 centímetros.
Placentas que tenían más de diez centímetros de membranas por todos los lados.	119 »
Idem ídem menos de diez centímetros por el lado más corto.	131 »

Estos son los hechos que cualquiera puede repetir y comprobar. La sección ovular ha perdido próximamente $\frac{1}{3}$ de su longitud, y sí el total no es más que los $\frac{2}{3}$ de la dimensión intrauterina, cualquiera porción de membranas *medida fuera* representará los $\frac{2}{3}$ de la extensión de útero que ocupó dentro.

Por otra parte, la distancia que media entre el oic y el a B (anillo de Banld) no es de diez centímetros. El que tiene diez centímetros de largo es el canal cervico-segmentario, y quitando de 3 a 5 que tiene el cuello al fin del embarazo, quedan de 5 a 7 para el espacio oic—a B, esto es, seis centímetros por término medio.

Seis centímetros hay, por lo tanto, entre el a B y el oic; si suponemos una placenta a flor de previa, es decir, cuyo borde alcance al a B estará separada del oic por seis centímetros de membranas, que medidos fuera se habrán reducido a cuatro a lo sumo, y sin embargo, la placenta aun no habrá invadido la zona peligrosa. Por esto se ve que las realmente previas llevan una banda membranosa inapreciable. Unos anejos que ofrezcan una banda de ocho centímetros, por ejemplo, no arguyen inserción viciosa, sino que suponiendo que la ruptura se haya hecho en las condiciones requeridas, indican que el borde placentario estaba a 12 centímetros del oic, esto es, a seis por encima de la zona peligrosa.

Ahora se comprende por qué aceptando el criterio diagnóstico que Pinard ha preconizado, ha llegado Maggiar en la Clínica Baudelocque ha encontrarse que el 54 — 100 de las placentas estaban insertas bajas, proporción sensiblemente igual a la nuestra.

Si esto fuera cierto (y siéndolo como lo es que la inserción viciosa es uno de los más graves accidentes obstétricos), habría que convenir en que tenía razón el Rey Sabio, al que se le atribuye este dicho blasfemo: «Si Dios me hubiera consultado habría hecho mejor el mundo».

V. GÓMEZ SALVO.

Zaragoza, 12 Julio de 1914.

REVISTA DE REVISTAS

Nueva cuti-reacción
= del embarazo =

Los doctores Engelhorn y Wintz describen su procedimiento, sencillo, parecido a la cuti-reacción de von Pirquet en la tuberculosis. Utilizan el extracto de placenta (placentina), del que prometen publicar el modo de preparación. La cuti-reacción se hace en el brazo, según la técnica usual y los resultados se observan al cabo de doce, de veinticuatro, de treinta y seis y de cuarenta y ocho horas, sobre todo al cabo de treinta y seis horas. En caso de reacción positiva aparece en el sitio de la inoculación un edema inflamatorio rojizo con una zona algo oscura en la periferia. La reacción ha sido positiva en 70 mujeres embarazadas, todas las examinadas; y negativa en todas las que no lo estaban. Respecto a su precocidad se apreció en una embarazada de siete semanas. Desaparece por lo general a los cinco días después del parto; sin embargo, fué positiva en una mujer que tenía un hijo de seis años.

Es de desear que se practiquen nuevas observaciones cuyos resultados servirán para afirmar con exactitud el valor de la nueva cuti-reacción, cuyas aplicaciones son tantas y que se generalizaría pronto, tan pronto como la placentina fuese fácil de adquirir, por su extremada sencillez.

(*Münh. med. Woch.*, núm. 13, 13 de Marzo de 1914).

Un caso de mastitis puerperal infectiva, parenquimatosa, seguida de gangrena de la piel y muerte

La rareza del caso, quizás único en la literatura obstétrica, nos invita a su publicación.

Lo describe el Dr. Dino Pizzetti en *Patologica* (15 Abril 1914).

Mujer de 25 años, que tiene un parto espontáneo y un puerperio normal hasta el final de la segunda semana, fecha en que sobreviene una mastitis de la mama derecha con formación de un absceso poco pro-

fundo de la piel, que es incindido. Esta complicación seguía un buen curso cuando a la semana siguiente y en la mama izquierda aparece en su mitad inferior una mancha blanca de unos dos centímetros cuadrados, asentando sobre una zona de infiltración extraordinariamente dura. Al mismo tiempo se altera el estado general con fiebre que llegó a ser muy alta. A las veinticuatro horas toda la piel que recubría la mama cae necrosada. Se interviene practicando tres incisiones radiadas que no dan salida ni a sangre ni a pus, y no obteniéndose mejoría se procede a la amputación de la mama. La enferma empeora y muere a los pocos días. No fué posible practicar la autopsia.

El axamen de la pieza anatómica mostró lesiones de intensa inflamación en todos los tejidos de la mama con los vasos del tejido celular trombosados y los tejidos del parenquima glandular con las lesiones de las flogosis supurativas, degeneradas las células de los acinis y repletos éstos de leucocitos.

El germen causante de esta gravísima mastitis fué el estreptococo que invadía principalmente el tejido glandular alrededor de los acinis y en algunos puntos el interior de éstos y la luz de los conductos glandulares.

La invasión del tejido subcutáneo y de la piel fué secundaria a la parenquimatosa.

Esta complicación, no descrita todavía, según los autores es, sin duda, la que más gravedad reviste.

Las inyecciones intravenosas de sublimado

El Dr. Martín Muñoz pone de manifiesto la acción nula del suero antiestreptocócico polivalente y opina que los efectos del sublimado serán proporcionales a la dosis inyectada. Emplea la de cinco miligramos por la mañana y cinco por la tarde hasta que sobreviene la estomatitis.

Del mismo modo opinan los doctores Becerro de Bengoa, Otaola, Bourkaib y Blanc y Fortacín.

Sociedad Ginecológica España.—Sesión del 1.º Abril 1914).

M. J. Alcrudo.

MEDICINA DE URGENCIADIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS VÓMICAS.

Toda expulsión brusca y por efracción de una colección líquida, generalmente purulenta, por los bronquios, constituye una vómica. Todo enfermo que experimenta bruscamente un dolor de desgarramiento muy vivo en el pecho, que siente angustia respiratoria, que más tarde es atacado de una tos quintosa acompañada de una expectoración progresivamente aumentada, precipitada, tumultuosa, hasta el punto de vomitar realmente oleadas de pus por boca y narices, que se le ve azulado y pálido, con las extremidades frías, con el pulso pequeño, con un estado especial de subasfixia, con conatos de síncope, pero sin llegar a él, ese enfermo tiene una vómica. Tal es, de ordinario, el cuadro clínico de dicho accidente, salvo algunos casos poco frecuentes en que algunos pequeños signos precursores, como la fetidez especial del aliento y una expectoración moderada, fétida y purulenta, anuncian que la vómica va a tener lugar.

La exagerada abundancia de la expectoración, que es de medio, uno y hasta dos litros; el color, olor y aspecto del líquido evacuado; la investigación de las partículas sólidas que nadan en la masa purulenta; los signos cavitarios que frecuentemente se observan por la auscultación; la localización de los mismos; la ausencia o presencia de fiebre, etc., etc., son datos muy a tener en cuenta al pretender hacer un diagnóstico de las vómicas.

Dos únicas cuestiones se plantean cuando de hacer el diagnóstico diferencial de vómicas se trata. ¿Es una vómica? ¿De dónde procede si lo es?

Las abundantes expectoraciones de los cavitarios, las grandes evacuaciones periódicas de los dilatados bronquiales, algunos gangrenosos pulmonares, pueden confundirse con las vómicas. Pero en el primer caso la marcha de los accidentes es distinta; aunque la expectoración aumente progresivamente, no alcanza nunca las exageradas proporciones de la vómica; la disnea es menor, no hay sensación de desgarramiento y los signos de auscultación son, generalmente, menos circunscritos. También la dilatación de los bronquios puede engañar a primera vista, pero también aquí faltan por completo el dolor y la disnea, y en cambio existe siempre una bronquitis crónica anterior. Por último, la gangrena pulmonar se acompaña también de una expectoración profusa que puede producirse con el aspecto de una vómica, pero en este caso hay que guiarse por la fetidez del aliento después de la tos y por los caracteres de la expectoración observada a través de un vaso transparente con sus tres capas superpuestas y sus tapones característicos.

Más fácil que confundir una vómica con otro accidente parecido de los descritos es el hecho de que la vómica pase desapercibida, sobre todo si ha sido poco abundante y la escupidera ha sido vaciada antes de que la vea el médico: tal acontece en esas vómicas discretas correspondientes a pleuresías enquistadas; tal sucede en muchas vómicas pulmonares; tal suele ser frecuente en los niños que, así como degluten sus esputos, son perfectamente capaces de deglutir una vómica de mediana abundancia.

En presencia de una vómica real y positiva, ¿de dónde procede? Tal es el segundo punto a resolver para la diferenciación del diagnóstico.

Dejando a un lado las llamadas vómicas fragmentadas de Dieulafoy, que no son otra cosa que variedades clínicas de una vómica en que la expectoración purulenta aparece de tiempo en tiempo, en que la efracción es escasa y la tos muy discreta, pueden ser las vómicas consecutivas a los siguientes estados: pleuresías, procesos pulmonares, abscesos emigrantes, procesos hepáticos, procesos esplénicos, afecciones renales y cáncer del exófago. Veamos, pues, el síndrome de cada uno de estos estados:

Las vómicas consecutivas a pleuresías, las más frecuentes siempre, son purulentas, serosas excepcionalmente, abundantísimas y tardías si son consecuencia de pleuresías de la gran cavidad, más escasas y más anticipadas cuando suceden a pleuresías enquistadas. En las pleuresías de neumococos constituye casi siempre la terminación natural: por eso es tan frecuente en el niño pleurítico. En las estreptocócicas, estreptobacilares y pútridas, es más rara. En todas las formas de pleuresía que van a terminar por vómica, hay fiebre antes de la efracción, para descender la temperatura una vez evacuado el pus. En todas hay signos cavitarios a la auscultación que se traducen en gorgoteo (de escaso valor diagnóstico), estertores de gruesas burbujas, respiración y tos cavernosas, soplos más o menos distantes, según donde la colección líquida se forma. Los signos cavitarios, más frecuentes en la base o en la parte media que en el vértice, tienen todos los caracteres del neumotórax en la vómica pleural. Y así como la vómica consecutiva a una pleuresía enquistada termina muchas veces por curación hasta el extremo de obligar a Sargent a llamar *triunfo de la vómica* a la pleuresía interlobular, la vómica consecutiva a pleuresías diafragmáticas o de la gran cavidad terminan de ordinario por la muerte.

Las vómicas pulmonares, menos frecuentes que las de origen pleural, se dan casi siempre en sujetos alcohólicos, diabéticos o debilitados que han tenido una pneumonía, o en sujetos neumónicos que han llegado a la hepatización gris y a la formación de un absceso pulmonar. La persistencia de la temperatura, la no desaparición de la disnea ni de los signos físicos, el aumento del dolor de costado y de los trastornos funcionales, el color de zumo de ciruela de los esputos, la existencia de una cavidad con estertores de gruesas burbujas en el sitio que antes ocupó el foco neumónico, son datos reveladores de la vómica en perspectiva. Se diferencian estas vómicas de las pleurales por dos signos característicos: en que la vómica pulmonar jamás aparece antes del día décimoquinto, ni después del vigésimo, y en que la efracción del líquido apenas si pasa de unos cientos de gramos. También los quistes hidatídicos del pulmón y los abscesos de origen embólico, pueden terminar por vómica pulmonar; sin embargo, es esto tan raro como fatal en resultados.

Respecto a las vómicas de origen emigrante, o son hijas de abscesos congestivos procedentes de un mal de Pott cervical o dorsal, o lo son de abscesos que proceden de órganos vecinos y que siguen el trayecto de los linfáticos del mediastino para alojarse en los bronquios y abrirse en su cavidad. Estas vómicas, más o menos fáciles de descubrir, se diagnosticarán por los síntomas que delatan a toda vómica y por los antecedentes patológicos del sujeto.

Las vómicas de origen hepático reconocen tres grandes causas: los abscesos de la convexidad del hígado, los quistes hidatídicos de la convexidad del hígado y las perihepatitis supuradas. En el primer caso hay antecedentes disintéricos, tal vez se notan signos de supuración hepática, hay dolor en el

hombro derecho (por adherencias que se forman al nivel de la pleura diafragmática), se percibe un pequeño foco de neumonía en la base derecha, el líquido expulsado es abundantísimo y de color achocolatado o vinoso, la vista denota alguna vez la presencia de bilis y el microscopio descubre células hepáticas y cristales de colesterina. En el segundo caso, previo un establecimiento de sínfisis pleuro-pulmonar, los quistes hidatídicos pueden terminar por vómica, la cual se anuncia por la tos quintosa y característica que acomete al enfermo y por el dolor de costado precursor de la expectoración. En el caso tercero, más frecuente en el niño y casi siempre de origen bacilar, el sujeto enfermo presenta siempre los signos propios de una supuración perihéptica, elevación del hipocondrio derecho, descenso del hígado, fiebre y dolor vivo en el costado; el olor de los líquidos de la vómica es estercoreo.

Las vómicas de origen esplénico, muy raras, son debidas a un absceso o a un infarto supurado del bazo que se abre en el pulmón. Los antecedentes del enfermo y los signos de vómica pulmonar, contribuirán a sentar el diagnóstico.

Las de origen renal, más frecuentes que las anteriores, son debidas a la abertura a través de los bronquios de un flemón perinefrítico, de una hidronefrosis, de una pielonefritis tuberculosa o calculosa. También aquí habrá los signos propios de patología renal, más los propios de vómica.

Por último, en los casos de abertura de cánceres exofágicos a través de los bronquios, hay siempre previo flemón periesofágico, y la presencia de restos alimenticios en el pus expectorado, es la característica especial de esta clase de vómicas.

En suma: los antecedentes patológicos del sujeto, la fiebre especial de todo proceso supurado, la auscultación, el hecho de expeler cantidades variadas de pus, etc., etc., darán el diagnóstico de la vómica y su naturaleza.

FRANCISCO CUENCA.

REVISTA DE REVISTAS

Acción comparada del arsénico y del hierro en las

anemias

Según el profesor Ch. Aubertín (*La Presse Méd.*, núm. 40, Mayo, 1914), las anemias pueden dividirse en *globulares* o caracterizadas por un descenso del número de glóbulos rojos, que conservan su proporción normal de hemoglobina; y *hemoglóbicas*, en las que con una disminución escasa de hemáties, hay una baja considerable en la cantidad de hemoglobina que contienen. Tipo de las primeras es la llamada anemia perniciosa y de las segundas, la clorosis.

Teniendo en cuenta que el arsénico y el hierro son los dos medicamentos casi específicos de las anemias, pero así como el arsénico provoca la neoformación de hema-

ties, el hierro provoca la de la hemoglobina, aconseja emplear el primero en las anemias globulares, y el segundo, en las hemoglóbicas.

Ahora bien: como la mayor parte de las anemias son mixtas, será preferible emplear sucesivamente las dos medicaciones, empezando por aquella que, según la fórmula sanguínea dominante, parezca más indicada.

Las ideas actuales del tratamiento de la difteria

Según *Le Monde Medical*, la mayor parte de los fracasos atribuidos al suero Roux en el tratamiento de la difteria, dependen de haber sido empleado en cantidades insuficientes. En la mayor parte de los hospitales de niños de París, empiezan el tratamiento con dosis de 30 a 40 cm³; repiten a las doce horas otra dosis igual, y a poco

grave que la difteria sea, continúan en igual forma al otro día y siguientes. Es decir, que la difteria de regular intensidad exige de 80 a 100 cm^s como dosis total; y que las dosis de 300 ó 400 cm^s no tienen nada de extraordinario.

Respecto a los accidentes anafilácticos, que son casi de rigor con tales cantidades de suero, aparte de que son menos acentuados que los de los demás sueros específicos, pueden aminorarse (según Netter) y aun prevenirse con la administración, cada tres días, de un gramo de cloruro cálcico diario. Las complicaciones de la difteria, y sobre todo las parálisis, también se evitan con las grandes cantidades de suero.

La antisepsia bucal, nasal y faríngea, los tónicos y reconstituyentes generales y la adrenalina en solución al milésimo y en cantidad de veinte gotas al día, completarán el tratamiento de la difteria.

Un caso de muerte consecutivo al empleo de la vacuna antituberculosa de Friedmann. =

Gran ruido ha causado en Alemania un tratamiento preventivo y curativo de la tuberculosis, consistente en la inyección de una emulsión de bacilos tuberculosos vivos, avirulentos y atóxicos, obtenida por el cultivo de bacilos de tortuga tuberculosa (Friedmann). Pero ya porque el medio sea peligroso por sí mismo, ya por estar mal preparado, el hecho es que se han observado con este tratamiento repetidos accidentes graves y aun mortales.

Siguiendo escrupulosamente los autores las prescripciones de Friedmann, han hecho inyecciones a 31 enfermos, observando brotes febriles consecutivos. En un caso sobrevinieron vómitos, estupor e ictericia. Frecuentemente se forman abscesos que al evacuarse originan trayectos fistulosos de larga y difícil curación.

El caso mortal pertenece a un enfermo de 31 años, atacado de tuberculosis testicular y costal. El 29 de noviembre de 1913, se le hizo la inyección por la tarde; la noche siguiente la pasó el enfermo con escalofríos y fiebre de 41,2; pulso pequeño y frecuente. Al siguiente día cayó en somno-

lencia profunda seguida de coma completo, muriendo en la noche del 30 de noviembre al 1.º de diciembre, después de algunas convulsiones y respiración de Cheynes-Stokes. En la autopsia se encontró un acentuado edema pulmonar; el miocardio estaba sumamente flácido.

Otro enfermo con artritis tuberculosa de la rodilla, fué atacado, después de la inyección, de escalofríos, fiebre intensa, cefalalgia, palpitaciones, fenómenos graves de colapso, vértigos, sudores y angustia. Se repuso lentamente de estos trastornos.

Se examinaron bacteriológicamente 13 ampollas de Friedmann. De ellas solamente dos contenían bacilos tuberculosos de tortuga en cultivo puro. En las demás, el cultivo estaba alterado por mezclas con diversas bacterias, sobre todo el estafilococo dorado. Estas ampollas eran muy virulentas cuando se inoculaban a los animales. Se comprende que una inyección intravenosa de tales productos dé lugar a septicemias graves.

(La Clínica Castellana).

Julio 1914.

Un caso de pústula maligna curado con inyecciones intravenosas de sublimado = =

La *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, en su número de 14 de Julio actual, cita el caso de una enferma, en octavo mes de gestación, afecta de pústula maligna en la región malar derecha y tratada por el Dr. Gonzalo Pulido, de Vilches (Jaén). A pesar de la cauterización de la pústula, la enferma fué empeorando, hasta que se decidió emplear una inyección endovenosa, en la mediana cefálica, de un miligramo de bicloruro mercúrico en un centímetro cúbico de agua destilada. Al día siguiente se repite la inyección en igual forma, y se hace otra por la tarde con doble dosis de sublimado. Al otro día se inyectan otros dos miligramos, la enferma mejora, y sin más inyecciones cura la paciente a los seis días de iniciado el tratamiento. La poción de Todd y las inyecciones diarias de suero fisiológico ayudaron poderosamente en el tratamiento de la enferma.

CIRUGÍA

HERIDAS POR ASTA DE TORO

Por el doctor Ecequiel Cuadrado

Publica en su número de Mayo, la *Clínica Castellana*, un importante y bien pensado artículo sobre esta clase de heridas, descuidadas en las obras extranjeras de que nos abastecemos y tan frecuentes por desgracia en nuestra nación. En resumen, dice en su artículo que son heridas contusas, pero con más frecuencia punzo-contusas, ya que el asta penetra en el interior de los tejidos a diferente profundidad.

La forma del asta variará las condiciones de la herida y mientras los cuernos abiertos producirán grandes desgarros sin profundizar, lo contrario acontecerá con los toros de cuernos rectos y cerrados. El movimiento impreso al hombre prendido y los movimientos de circunducción del asta harán tremendos destrozos en la profundidad de la herida sin que ningún tejido escape a su acción, permaneciendo relativamente pequeño el orificio de entrada. Las arterias unas veces son limpiamente seccionadas, permaneciendo otras incólumes, los huesos son fracturados y las vísceras perforadas y desgarradas.

Ningún instrumento produce heridas más variadas y diferentes: leve rasguño unas veces, desgarramiento y destrucción de los órganos cavitarios, otras.

Existen casos de rupturas y contusiones profundas permaneciendo intacta la piel, explicándose esto por la extensibilidad y elasticidad del dermis, que se adapta al asta como el guante al dedo.

Veces hay en que la herida parece hecha con instrumento cortante. La forma del instrumento vulnerante no siempre se aprecia, siendo lo más frecuente que los bordes estén desgarrados, las partes próximas magulladas y, en general, el aspecto desfigurado. Cuando el asta no hace más que entrar y salir la forma de la herida es cónica, pero si el herido es campaneado, volteado, zarandeado por el toro, los destrozos en la profundidad son tremendos, la herida horrible y de forma completamente irregular.

Con un orificio casi siempre, presenta orificio de entrada y salida escasas veces.

El dolor pequeño al instante de la herida es intenso pasado algún tiempo; la hemorragia considerable hasta sin herir vasos gruesos, pues la rapidez de la acción traumática no da lugar a que la hemostasia espontánea se verifique.

Las complicaciones son frecuentes: hemorragia secundaria, conmociones y congestiones, presencia de cuerpos extraños varios y de distinta naturaleza —arena, trozos de vestido, etc.— y sobre todo infecciones, el tétanos principalmente, que agravan el pronóstico, de suyo grave, de modo considerable.

El diagnóstico está hecho. Ahora bien; el diagnosticar los destrozos causados y tejidos interesados lo haremos por los conocimientos anatómicos.

Sólo emplearemos como medio de exploración el dedo, por su precisión y por su inocuidad relativa.

Las indicaciones son múltiples, desde la cura aséptica hasta la gran operatoria quirúrgica. Ligadura de arterias, traquetomía, laparotomía, etc.

Como son heridas infectadas, todo cuanto se diga respecto a asepsia será poco, tanto del operador como del material. La emostasia deberá ser completa.

Las heridas superficiales, de bordes limpios, como hechas por instrumentos cortantes deben saturarse, pero las heridas anfractuosas por mucha confianza que haya en su asepsia será prudente no cerrarlas, pues una complicación infecciosa retardará su curación en mucho más de lo que hubiésemos empleado dejándola abierta.

Cuando los destrozos no sean muy grandes será prudente, en parte, suturar y en parte permitir el desagüe.

El convertir en heridas limpias las partes desfleadas regularizando los bordes es práctica perjudicial, pues la Naturaleza ha de encargarse sabiamente de hacer en su justa medida este trabajo eliminativo.

En resumen: lo primero que debe hacerse es limpiar bien la herida lavándola con agua muy caliente o con agua oxigenada, hacer la hemostasia más completa, embadurnar la herida con tintura de yodo—que no es lo dolorosa que se supone—y con este método sencillo se prevendrán casi todas las supuraciones. Cuando haya que echar mano de sustancias antisépticas la pomada de Reclús nos prestará excelentes servicios. Por último, inyecciones de suero antitetánico y quietud física y moral.

Los accidentes se tratarán por la terapéutica conocida.

Esto es cuanto da de sí tan excelente y original trabajo.

A. G. B.

REVISTA DE REVISTAS

Colitis muco-membranosa

= e ileosigmoidostomía =

El Dr. Vicente Andrés Torres publica en *Revista Médica de Sevilla* tres casos de colitis mucomembranosa rebelde a todo tratamiento y tratadas por la ileosigmoidostomía por el Dr. Camilo González.

Los resultados han sido variables. En el primer caso sólo ha conseguido la desaparición de los dolores abdominales; en cam-

bio en los restantes se ha llegado a mejorar la totalidad de los síntomas, hasta el punto de abandonar los enfermos la clínica al mes próximamente de operados.

El proceder operatorio fué: laparotomía media infraumbilical, anastómosis del ileon en la siliaca y cierre del extremo distal seccionado.

Citamos este procedimiento y sus resultados como un nuevo método a seguir en el tratamiento de esta afección cuando por su rebeldía escapa a los métodos dietéticos y farmacológicos.

A. G. B.



ELECTRICIDAD MÉDICA

Electro-terapéutica de las neuralgias

Tratamiento general.

Dada la frecuencia con que en la práctica corriente nos encontramos con casos de neuralgias, voy a ocuparme en el presente trabajo del tratamiento eléctrico de estos procesos morbosos y a la vez daré algunas reglas para que el médico no electricista pueda hacer el tratamiento con los pequeños aparatos que tenga a su alcance.

Antes de proceder al tratamiento eléctrico y en muchos casos durante el tratamiento, hemos de dirigirnos a implantar una terapéutica causal cuando se trata de neuralgias de origen tóxico o infeccioso o a la modificación del terreno como ocurre en el artritis.

Una vez que establecemos este tratamiento podemos dar principio al eléctrico, pero en este caso debemos hacer una división. ¿Se trata de neuralgia? ¿Se trata de neuritis? Los caracteres clínicos lo demostrarán, no he de ocuparme de ellos.

Dos formas de corriente eléctrica podemos utilizar: la farádica y la galvánica, o sea alterna o continua.

Corriente farádica.—¿Quién no posee un pequeño aparato farádico compuesto de su pequeño carrete, martillo temblador que establece las interrupciones y una pequeña pila de bicromato de potasa como corriente primaria? Hoy día forma parte del instrumental de casi todos los médicos. Este aparato, en algunos casos, puede dar resultados perjudiciales, y en otros verdaderos éxitos, según cómo y en qué casos se emplee.

Veamos, pues, cómo debemos hacer uso del aparato y cuándo podremos utilizarlo.

Supongamos que el líquido excitador de la pila se encuentra en condiciones y que todos los contactos del aparato están bien hechos. Empezamos por regular el temblador. A uno de los bornes del aparato se enchufa un cable que se une a una placa excitadora de unos 50 a 100 centímetros cuadrados de superficie. Esta placa se humedece con agua y se fija al enfermo en el cuello cuando la lesión está por encima de la parte media del cuerpo, en la región lumbar cuando está por debajo; esta placa se denomina electrodo indiferente. Al otro borne del aparato se une el electrodo activo, que en este caso está formado por un pincel metálico, el cual, una vez puesta la máquina en marcha, se pasea por la piel. En estas condiciones se va aumentando la intensidad de la corriente tanto como la resistencia del enfermo lo permita. El tiempo de aplicación dura de medio a dos minutos, al cabo de los cuales

la piel aparece enrojecida. La aplicación resulta dolorosa, pero una vez terminada, el dolor de la neuralgia se hace menos intenso, hasta que acaba por desaparecer después de algunas sesiones. Los efectos de esta forma de corriente son revulsivos, revulsión que tiene varias ventajas, sobre otras: primera, que puede ser dosificada en duración e intensidad, y segunda, que puede repetirse diariamente por dejar la piel intacta.

Esta forma de corriente eléctrica no actúa por lo general más que sobre la neuralgia-neurosis; pero en la neuralgia-neuritis, a poco intensa o antigua que ella sea, apenas tiene acción la corriente farádica y, además, los trastornos motores o tróficos que muchas veces le acompañan son aumentados por la faradización y entonces hay que hacer uso de la corriente galvánica. Por otra parte, Rockwell aconseja el tratamiento farádico cuando se calma el dolor a la presión sobre el nervio y el galvánico cuando el dolor aumenta por la presión.

Corriente galvánica.—Esta forma de corriente ofrece una acción sedante muy manifiesta, razón por la cual se ha tratado de utilizarla en las neuralgias. En un principio, los resultados no fueron muy satisfactorios, pero en la actualidad se ha podido observar que estos fracasos eran debidos a la intensidad de la corriente y tiempo que duraba la aplicación. Hoy día hay dos opiniones respecto de la intensidad de corriente que se ha de utilizar; unos creen que debe llegarse hasta el límite de la tolerancia, otros, por el contrario, opinan que es suficiente con intensidades moderadas.

El tiempo que debe durar cada sesión es por lo menos de media hora, y la intensidad de la corriente 0.2 m A por cm² de superficie del electrodo activo.

El electrodo indiferente se une al polo negativo del aparato y el activo al positivo por tener éste una acción calmante.

Para practicar la galvanización es necesario tomar algunas precauciones si queremos evitar las quemaduras que con frecuencia se producen por un contacto imperfecto entre la placa excitadora y la piel, sobre todo cuando utilizamos grandes intensidades; así, pues, las placas deben estar bien cubiertas con una gruesa capa de algodón y todo ello en gasa o franela bien humedecidas con agua y después íntimamente aplicadas sobre la piel y bien sujetas.

Al principio, las sesiones serán diarias, después en días alternos y, por último, se espaciarán más, conforme se vaya obteniendo el resultado que se desea.

Ionización.—Este procedimiento consiste en la introducción de medicamentos activos en el organismo por medio de la corriente eléctrica.

Los resultados hasta ahora no parecen muy satisfactorios; por eso no nos detenemos en su descripción.

Quédannos por último la corriente estática y la alta frecuencia.

Corriente estática.—Se utiliza en forma de fricción estática, la cual obra como revulsivo energético o en forma de chispa.

Análogamente obran las chispas de alta frecuencia, aplicadas bien por medio del pincel metálico o por el electrodo condensador, que resultan menos dolorosas.

Quando se trata de una neuritis, hay que señalar dos indicaciones: 1.^a, tratar el nervio por medio de la galvanización; 2.^a, tratar el nervio por medio de la faradización y aun mejor por la galvano-faradización, tomando como polo indiferente el negativo de la corriente galvánica y como activo el positivo de la farádica; pero hay que tener siempre mucho cuidado de evitar una excitación prolongada al músculo.

Tratamiento especial de algunas formas de neuralgias

Neuralgia del trigémino.—Lo primero que debemos investigar, frente a una neuralgia de esta clase, es la causa que tal neuralgia ha determinado, al objeto de hacer un tratamiento causal; investigaremos, pues, si la afección que vamos a tratar reconoce como etiología la sífilis, el paludismo, el histe-rismo o la diabetes. De este modo evitaremos el fracaso del tratamiento.

Encontrada la causa y establecido el tratamiento farmacológico, veremos qué forma de corriente eléctrica debemos utilizar. En la neuralgia del trigémino utilizaremos la corriente galvánica, colocando un gran electrodo indiferente en la nuca y el activo cubriendo la mitad de la cara, con una escotadura para el ojo y otra para la boca. Polo indiferente, negativo; polo activo, positivo. Intensidad, 50 a 80 mA.; duración, 45 minutos a una hora.

Quando se trata de neuralgias intercostales, cérvico-occipitales o cérvico-braquiales, se colocará la placa positiva en la parte dolorosa y la negativa en la región lumbar. Intensidad, 40 a 80 mA.; duración, media a una hora.

Neuralgia ciática.—Es, sin duda alguna, la más interesante y la que con más frecuencia tenemos que tratar, por ser por otra parte una de las neuralgias más frecuentes.

En la ciática no solamente la electricidad constituye un medio excelente de tratamiento, sino que también es un procedimiento de diagnóstico diferencial entre la ciática de origen artrítico o la producida por un tumor pelviano, y según expresión de F. Cabrera (de la Habana), «toda ciática en un dividendo no sífilítico, tuberculoso, albuminúrico o diabético, que tratado por la galvanización intensa (60 a 80 mA. durante 40 o 50 minutos diariamente) o por la ionización salicílica (30 a 40 mA. durante una hora diaria) en combinación con la autocondensación o la diatermia no sea favorablemente modificada en catorce a dieciséis sesiones de electrización, es una ciática de causa mecánica».

Se utilizará como tratamiento la corriente galvánica, excitador negativo en la región lumbar o debajo de la nalga, excitador positivo en pediluvio, en placa sobre la pantorrilla o el tarso. Intensidad, 40 a 50 mA.; duración, media a una hora.

La revulsión se practicará con la corriente farádica colocando el pie sobre una placa indiferente y paseando el pincel metálico por el trayecto del nervio.

También dan buen resultado las chispas de alta frecuencia.

Si existe atrofia muscular debe usarse la galvano-faradización.

Neuralgia parestésica.—Puede utilizarse la galvanización y la corriente de alta frecuencia; para la galvanización se coloca el excitador negativo sobre la región lumbar y el positivo en la región dolorosa. Intensidad, 20 a 60 mA.; duración, 15 a 45 minutos.

La corriente de alta frecuencia se utilizará en forma de chispas con el electrodo de escobilla. Hemos tratado con éxito algunos casos en esta forma y en una sola sesión, pero esto no es lo frecuente, aunque desde el primer momento el resultado es satisfactorio.

Neuralgia del ovario.—Se trata también por la galvanización. Polo negativo, en la región lumbar; positivo, en la parte dolorosa. Intensidad, 40 a 50 mA.; duración, una hora.

Neuralgia del testículo.—Análogamente a la anterior, pero el excitador positivo está formado por una compresa de algodón que envuelve el testículo. Intensidad, 20 a 30 mA.; duración media hora.

Odontalgia.—Se trata por medio de la faradización, colocando un electrodo en la fosa temporal próxima a la oreja, y el otro electrodo en el punto doloroso. Duración, uno a cinco minutos.

Para terminar diré que en electroterapia hay un elemento principal, quizás el más importante: el tiempo que ha de durar el tratamiento. En general, salvo raras excepciones, los tratamientos eléctricos son largos; tanto, que en muchas ocasiones acaban con la paciencia del enfermo, que en pocos días no ve, como sería su deseo, resultados prácticos; y por otra parte, con la del médico que indica el tratamiento, que, haciendo pareja con su enfermo, por una parte impacientan y por otra descomponen al médico electricista; y como consecuencia de todo ello, el enfermo pierde la fe terapéutica, no obteniendo la curación que desea, curación que por otra parte obtendría si tuviera la gran dosis de paciencia que para estos tratamientos se necesita. Esta es la causa de que en muchas ocasiones les haga desistir a ciertos enfermos de empezar un tratamiento de esta índole, pues hay la creencia general de que con una novena hay suficiente para obtener la curación.

DR. E. PASTOR GUILLÉN.

Zaragoza, Julio de 1914.



TRIBUNA LIBRE

La Dirección de HOJAS MÉDICAS ha recibido un atento B. L. M. del Inspector municipal de Sanidad del Distrito de San Pablo, Dr. Ibáñez, dando cuenta de la siguiente carta interesantísima que le remitió el Presidente de la Federación de Médicos titulares del partido de Calatayud, y que dice así:

Morata de Giloca, 20 de Julio de 1914.

Señor Subdelegado de Medicina de San Pablo.—Zaragoza.

Muy señor mío y distinguido compañero: Créole conocedor del primer triunfo alcanzado por los Médicos titulares con la presentación del proyecto de ley en el Parlamento, autorizado por las firmas de hombres cultísimos, pero de opuestas tendencias políticas, los que convienen en nuestra emancipación municipal.

Gratitud inmensa nos merecerán los señores Moliner, Albiñana y todos otros que con sus continuas gestiones alcanzaron que, tallas como las que firman el proyecto de ley, se ocupen de nosotros, vean nuestras necesidades y pidan una ley de redención y emancipación para esta clase que hasta hoy está acostumbrada al desaire y a que sus necesidades no fuesen tomadas en serio.

Este distrito judicial, reunido en Junta, acordó que por la Presidencia se dirigiese a todos los Subdelegados de esta provincia, así como a los de las provincias hermanas Huesca y Teruel, para que estos señores convoquen a reunion en sus respectivos distritos, nombrando allí una Comisión que acuda a Zaragoza los días 2 y 3 de Septiembre, dando a conocer cómo viven y sufren los Médicos titulares y estudien los medios más conducentes para que el proyecto de ley no encuentre trabas ni agonice entre el frío de la indiferencia motivada porque no cumplamos nuestro deber, demostrando que somos una masa agradecida, consciente y dispuesta a secundar ampliamente cuanto se haga en nuestro favor, y que para demostrar gratitud y procurar el bien de la clase, no existen personalismos ni sectas.

Cumplo gustoso la comisión que mis compañeros de distrito me encargaron, y en espera de su atentísima carta de aceptación, aprovecho gustoso esta ocasión para ofrecerme s. s. q. b. s. m.,

JOSÉ BOULLÓN.

HOJAS MÉDICAS se complace en publicar íntegra la carta mencionada para que sirva de estímulo a cuantos Médicos titulares ejercen en tierra aragonesa y apoyen incondicionalmente a esa pléyade de compañeros dignísimos y batalladores que integran la Federación de Médicos titulares del partido de Calatayud. HOJAS MÉDICAS pone sus columnas a la disposición de todos ellos, como las pondrá siempre que se trate de algo que tienda a mejorar la situación de la clase, a defender una causa justa y a prestar apoyo al compañero profesional. HOJAS MÉDICAS estará siempre al lado de los Médicos titulares, ayudando sus gestiones con cuantas energías sean necesarias.

La Redacción de este periódico siente no poder publicar íntegro el proyecto de ley a que se refiere el Médico D. José Boullón en su carta, por falta de espacio; sin embargo, promete hacerlo en el número siguiente, para que lo conozcan todos los Médicos titulares.

Agradecemos a nuestro querido amigo y compañero, el Dr. Ibáñez, la deferencia de entregarnos la carta citada, y nos complace en publicar en el *Boletín del Colegio* el anuncio de Convocatoria que nos entregó.

CARTA ABIERTA

Sr. Director de HOJAS MÉDICAS.

Mi amigo y compañero: He observado con algo de tristeza y malhumor que la Revista de tu digna dirección se ocupa y preocupa del llamado con propiedad *problema médico*, ya que llamarlo *crisis* es un anacronismo después del tiempo que lleva planteado y en intensivo estudio. Yo te agradeceré que, en lo sucesivo, no amargues más mi existencia y la de otros compañeros con esos acres escritos, que ahora parece están de moda en los periódicos profesionales.

Terminaremos por no leerlos. Además, ¿qué pensarán de nosotros en el extranjero? Creerán lo menos que aquí llevamos los médicos una existencia llena de sobresaltos y pesares, los de pueblo, por el dichoso cacique, y los de ciudad, por la horrible competencia del número.

No, mi querido amigo, no; es necesario que los que se ocupan del estado de la clase médica española despierten de ese sueño de pesadilla en que han caído, y se quiten las gafas negras que deben emplear siempre que escriben esos interminables artículos en pro de la *regeneración* de la clase.

¡La *regeneración!* ¿Has visto palabra más cursi? Además es extemporánea. La clase médica española, y lo digo por experiencia propia, no necesita regenerarse. Precisamente los médicos en España vivimos en el mejor de los mundos habitables.

Los demagogos que pensáis hasta con la revolución médica para mejorar las condiciones de la clase, no vivís en la realidad: en España la clase médica es una clase privilegiada. Y si no, decidme: ¿En qué país, en qué nación por culta y civilizada que sea encuentra el médico más facilidades para acaparar cargos? ¿Dónde sino en esta criticada España puede ser un médico ocho o diez cosas a la vez?

Para nosotros, los médicos, es un mito eso de la incompatibilidad legal de los cargos que cada uno puede ocupar. Repasa en tu memoria y verás que conoces por docenas los que disfrutaban tres o cuatro sueldos y otras tantas gratificaciones, que en conjunto les producen para un más que cómodo vivir.

Pues bien, querido compañero, teniendo en cuenta lo dicho, convendrás conmigo en que las campañas de la prensa profesional no tienen razón de ser, más aún, son injustas.

Hay que decir la verdad, y la verdad lisa y llana es que aquí todo el mundo se preocupa hondamente de los intereses médicos, que cada día hay creación de nuevos cargos para los galenos, que el número de éstos es insuficiente a cubrirlos, y hay necesidad de emplear a cada uno en cuatro o seis cargos a la vez. Esta es la realidad, la hermosa y riente realidad.

¡Qué manía la de algunos pesimistas de tergiversar los hechos!; me causáis el efecto de esos poetas románticos que corren toda su vida tras un desconocido ideal. Sólo os falta dejaros crecer las melenas.

Volved los ojos a la realidad, y os convenceréis de la venturosa vida que disfruta la clase médica, de que todo es placidez y calma, y de que todavía no se han encontrado extenuados por el hambre o por el frío ni siquiera un par de médicos.

Tal vez haya alguno que pase apuros, pero, en cambio, hay muchos, como yo, que con cuatro cargos a la vez vivimos muy guapamente. Es cuestión de padrinos. Yo lo sería tuyo, muy gustoso, si me quedase tiempo para ello. Pero, como puedes comprender, estoy atareadísimo.

Se reitera tuyo afectísimo amigo y compañero,

DOCTOR LISTO.

PROFESIONALES**EL DOCTOR GUTIÉRREZ**

La Ginecología española está de luto. ¡El doctor Gutiérrez, ha muerto! Tuve la inmensa satisfacción de conocerlo, por primera vez, hace seis años. Allá, en la Moncloa, en su numerosa consulta del Instituto Rubio, le ví

hacer diagnósticos precisos de lesiones difíciles, le ví operar con su indiscutible maestría a muchas enfermas, le ví cómo sabía difundir sus profundos conocimientos ginecológicos entre cuantos acudíamos a aprender sus enseñanzas.

Empezó siendo un modesto médico rural y acabó por ser la figura más grande de la Ginecología española. Su bondad sin límites, su clara inteligencia, su poderosa voluntad, su amor al estudio, su trabajar incesante, supieron hacerle obtener triunfo tras triunfo, supieron ir encumbrándolo poco a poco, hasta hacerle llegar a la cima más alta de la fama.



Como dice perfectamente *Heraldo de Aragón* en su crónica del día 28 fué un admirable caso de autoeducación que hizo del médico rural primitivo un doctor Gutiérrez eminente más tarde, y un indiscutible Conde de San Diego, por último.

«Comenzó por recoger en sus brazos de comadrón a los rapaces montañeses que venían al mundo en el pintoresco lugar en que ejerció primero su profesión, y acabó por asistir a la reina de España, ayudando a nacer a príncipes e infantes».

¡Descanse en paz el ilustre ginecólogo! ¡Descanse en paz el maestro, el grande, el famoso, el insustituible! La Ginecología llorará su pérdida. Sus alumnos tendrán siempre presente su recuerdo. De mi memoria jamás se borrará.

ANTONIO MARTÍN MARTÍNEZ.

CONCURSOS

Instituto Médico Valenciano. — Programa de premios extraordinarios para 1915 = = = =

Tema de Medicina: Seroterapia de la lepra.

Tema de Cirugía: Tratamiento quirúrgico de las laringo-estenosis crónicas. Casos prácticos.

Tema de Farmacia y Ciencias auxiliares: Las substancias radioactivas y sus aplicaciones en Medicina.

Tema de Veterinaria: Fiebre melitocócica. Estudio etiológico y profiláctico, especialmente en Valencia y su provincia.

Asunto libre: Resolución de un punto importante de las ciencias médicas o auxiliares, a juicio del autor.

Para cada uno de los precedentes temas y asunto libre se ofrece un premio, consistente en el título de socio honorario y un accésit con el título de socio con mención honorífica, constanding en los respectivos diplomas el concepto porque se han expedido.

FUNDACIÓN ROEL

Tema I: Topografía médica de uno de los Municipios de las provincias de Valencia, Alicante y Castellón de la Plana.

Con exclusión de los de Valencia, Rótova, Manuel y Meliana, que por haber sido ya premiados, no pueden entrar en nuevo concurso. Este tema perdurará todos los años, excepto en el quinquenio correspondiente.

Tema II: Alteraciones de la sangre en los estados quirúrgicos.

Para la resolución de cada uno de estos temas habrá un premio y un accésit.

Consistirá el premio del primer tema en el título de socio honorario, medalla de plata, impresión del trabajo presentado y la suma de 1.500 pesetas y el accésit en el título de socio con mención honorífica y la suma de 1.000 pesetas.

Se otorgará como premio al segundo tema el título de socio honorario, medalla de plata, impresión de la Memoria y la suma de 3.000 pesetas, premiando el accésit

con el título de socio con mención honorífica y la suma de 1.000 pesetas. Además, hay consignadas 1.000 pesetas para la impresión de los trabajos que han de ver la luz pública.

Los trabajos para el concurso podrán ser escritos en castellano, latín, francés, portugués, inglés o italiano, e irán acompañados de un pliego cerrado, en cuyo sobre se lea un lema o proposición igual a la que figure en el principio del trabajo respectivo, y en su interior deberán constar la firma entera del autor, con los títulos que haya obtenido, y su residencia. Deberán ser dirigidos, francos de porte, al Instituto Médico Valenciano, Mar, 21, hasta el 31 de Enero de 1915, siendo desde luego propiedad del mismo, que se reservará el derecho de publicarlos, pudiendo delegarlo en los autores que lo soliciten. Podrán optar a los premios los profesores de Medicina, Cirugía, Farmacia, Ciencias y Veterinaria, bien sean del país o extranjeros, incluso los socios de la corporación y hasta los alumnos de cualquiera Universidad española, al tratarse de a Fundación Roel.

Cerrado el concurso, una comisión expondrá su dictamen a la Junta general, el que versará acerca del mérito absoluto de los trabajos presentados, y censurados ya por la última, se abrirán los pliegos correspondientes a los premiados, quemándose acto continuo los de los restantes.

Los trabajos presentados al concurso han de ser inéditos y originales. El Instituto se reserva el derecho de proceder contra los autores de los trabajos que resulten plagio o copia de otros, o que después de premiados lo hubieran sido simultáneamente en otra corporación.

Si de la lectura de algún trabajo presentado se diera a conocer el nombre del autor, no será óbice para que sea juzgado y calificado como los demás. Avisados con oportunidad los señores a quienes se haya otorgado premio, acudirán por sí, o persona debidamente autorizada, a la sesión pública que se celebrará el 31 de Mayo de 1915, en cuyo acto se les conferirán los premios, debiendo presentar un segundo ejemplar de su trabajo, si éste ha de ver la luz pública, redactado en forma de cuartillas, escritas por una sola cara, a fin de facilitar su im-

presión y al propio tiempo conservar mejor el original.

Valencia 9 de Junio de 1914.—El Presidente, *Manuel Martí Sanchis*.—P. A. D. J.: El Secretario general, *Enrique Gay Méndez*.

NOTICIAS

Pésames

Nuestro distinguido maestro y compañero el ilustre senador y Rector de esta Universidad, Dr. D. Ricardo Royo Villanova, pasó hace muy pocos días por el doloroso trance de ver fallecer a su bondadosa madre.

Reciba nuestro pésame más sincero y sírvale éste de lenitivo a su justa pena.

*

El distinguido farmacéutico de Madrid, Dr. Bellot, estimado amigo nuestro, ha sufrido la honda pena de ver morir a un hijo. Cordialmente le acompañamos en su dolor.

*

Nuestro querido amigo y compañero de redacción Dr. Ruiz Ibarra, en unión del Dr. Lobligeois, ha presentado en la sesión de Mayo de la Sociedad de Radiología de París, una interesantísima comunicación del *Aparato Sánchez*.

El Dr. Lobligeois manifestó que había visto funcionar el aparato Sánchez, observando las ventajas de su portabilidad, de trabajar conectado a cualquiera corriente, alterna o continua y de la conexión monopolar, con el tubo de los rayos X.

El Dr. Ruiz Ibarra dió las gracias por el honor que se le hacía al escucharle en tan docta Corporación. Hizo funcionar el aparato, demostrando que produce las corrientes de alta frecuencia y de alta tensión, aplicables en autoconducción y autocondensación, y que dichas corrientes están dotadas de todas las acciones fisiológicas y terapéuticas que mencionan los especialistas y principalmente de la analgésica. La fulguración y chispeación, cuyo efecto estimulante del proceso cicatricial es indiscutible y la producción del ozono que, inhalado directamente y combinado

con la alta frecuencia, además de la acción modificadora directa del aparato respiratorio, modifica también la composición de la sangre, siendo sorprendente su efecto en ciertas anemias. Presentó radiografías obtenidas con el aparato y algunos socios obtuvieron radioscopias de tórax. El Dr. Desternes afirmó que había obtenido con este aparato, el día anterior, una radiografía de pie a más de un metro de distancia del tubo, resultando buena. Por último, el Dr. Ruiz Ibarra presentó unas fotografías de trabajos de electro-coagulación efectuados en el mismo aparato, inéditos todavía, y cuya técnica se publicará pronto en España y Francia.

En la sesión de la Sociedad de Electrología se repitieron los mismos conceptos, considerándose como muy interesante la comunicación y dando las gracias a los que la habían presentado.

SOLUCIÓN BENEDICTO de glicerofosfato de cal con CREOSOTAL. 2,50 pesetas frasco.

Nombramiento de catedrático.—Cumplidas las formalidades impuestas por la sentencia de 13 de Abril de 1914, dictada por la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, y de conformidad con el dictamen emitido por el Consejo de Instrucción Pública, por Real orden de 29 de Junio S. M. el Rey (q. D. g.) ha resuelto nombrar a D. Florencio Porpeta y Llorente catedrático numerario de Anatomía descriptiva y Embriología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, con el sueldo anual de 6.000 pesetas y demás ventajas de la ley.

*

El «trust» de la quinina.—Causará extrañeza saber que la quinina, producto de primera necesidad al que deben la vida tantos millares de personas, vaya a ser objeto de una especulación que duplicará su precio en poco tiempo. Ello, sin embargo, debe ser cierto, puesto que la noticia procede de *The Times*, diario mundial que comprueba siempre sus informaciones con la mayor escrupulosidad.

Sabido es que la quinina que se extrae en Europa procede casi exclusivamente de

Java, colonia holandesa, en cuyo territorio vienen explotándose hace medio siglo extensísimas plantaciones del género Cinchona. Constituidos en Sociedad los grandes fabricantes de quinina, han formalizado un contrato con los cultivadores de Java, comprometiéndose a comprarles cada año, a un precio convenido para siempre, la cantidad de corteza que corresponde a 5.000 (!!!) toneladas de quina, obligándose a su vez los cultivadores a no vender a ningún fabricante que no pertenezca al *trust*.

Si el hecho se confirma, estamos seguros de que el *Times* se ha equivocado en sus cálculos y el *humanitario trust* no se contentará con duplicar los precios, porque es lo que dirán los pobrecitos accionistas, parodiando al usurero de *El tanto por ciento*: una cosa es la salud, y el negocio es otra cosa.

*

Cátedra de análisis química general.—Por real orden de 1.º del corriente mes se dispone que la cátedra de análisis química general, vacante en la Facultad de Ciencias de la Universidad Central, se provea en el turno de oposición libre entre doctores, a tenor de lo preceptuado en el Real decreto de 30 de Diciembre de 1912, Real orden de 29 de Noviembre de 1913 y demás disposiciones vigentes.

ANISOSA (Bicarbonato de sosa anisado). Caja de 150 gramos 0,50 pesetas. En todas las buenas farmacias. Depósito general: doctor Benedicto, San Bernardo, 41, Madrid.

Espléndida donación para escuelas en los bosques.—El capitalista Emilio Repphan ha entregado a las ciudades de Berlín y Charlottenburg cinco millones y un millón de marcos, respectivamente, para el sostenimiento de escuelas instaladas en bosques (Waldschulen), las cuales han de llevar al lado del nombre de la ciudad, Berlín o Charlottenburg, el del fundador. Según los deseos del generoso donante, las escuelas han de estar situadas, por lo menos, a 60 kilómetros de Berlín. No se han de admitir más que niños, de preferencia los que pertenezcan a la confesión evangélica, y han de ser sanos y libres de toda

tara hereditaria. Queda a la resolución de la ciudad de Berlín si la admisión ha de ser gratuita o mediante alguna pensión. En el plan de estudios se atenderá de un modo especial a los idiomas y a las ciencias naturales. Las lecciones se darán, mientras sea posible, al aire libre, y durante todo el día permanecerán los alumnos también al aire libre, y en el verano aun durante las horas del sueño. En general, se adoptará el método de Haubnida y de Ilmenau. La alimentación sencilla, pero sana y suficiente; suprimidos todos los alcoholes, la nicotina, el café, etc. Durante las vacaciones, los alumnos, acompañados de sus maestros y agrupados según la resistencia de sus fuerzas, emprenderán largos viajes a pie, para ir conociendo su patria. Prohibido todo sport perjudicial a la salud. La ciudad de Berlín ha aceptado el donativo. Sus rentas son suficientes para fundar una escuela de 800 ó 1.000 alumnos.

*

Nueva donación para la investigación del cáncer.—La viuda y herederos de Karl Wittgenstein han donado a la «Sociedad austriaca para la investigación y lucha contra las enfermedades cancerosas» la cantidad de 600.000 coronas, consagradas especialmente a la asistencia de cancerosos pobres. Con el nuevo donativo, el capital de aquella Sociedad se eleva casi a la suma de 2.000.000 de coronas. La erección de un Instituto del cáncer y un hospital para cancerosos, ya antes proyectada, se verá ahora rápidamente realizada.

*

Yacimientos del radium en los Estados Unidos.—El ministerio del Interior de los Unidos ha propuesto al Congreso la promulgación de una ley que obligue al Estado a incautarse de todos los yacimientos que contengan radium.

El objeto es que estas tierras sean laboradas por el Estado en vez de serlo por Sociedades particulares, y evitar la exportación del precioso y raro mineral. Tales tierras se encuentran, principalmente, en el Colorado.

*

Hemos recibido de nuestro distinguido amigo el Farmacéutico de esta localidad, don Mariano Anós Navarro, unos cuantos ejemplares de su excelente preparado **Neurokola**. No lo hemos ensayado porque nos es de sobras conocido; lo hemos empleado, una vez más, con la tranquila confianza que da siempre el éxito seguro.

Agradecemos el envío y felicitamos al autor por su acierto al preparar un producto tan indiscutible como el suyo.

*

Donativo espléndido.—*The Daily Telegraph*, de Londres, dice que el rey del petróleo, John Rockefeller, que es el hombre más rico del mundo, pues cuenta su fortuna por miles de millones, ha enviado otros cinco millones al Instituto de investigaciones médicas que lleva su nombre. Hasta ahora dicha fundación le cuesta 50 millones.

Su último donativo será invertido en la creación y sostenimiento de una sección especial dedicada al estudio de las enfermedades de los animales.

*

De acuerdo con lo propuesto por la Junta para la ampliación de estudios e investigaciones científicas, han sido nombrados Delegados oficiales:

Para el Congreso internacional de Oftalmología que se celebrará en San Petersburgo del 28 al 2 de Agosto, D. Manuel Márquez; para el de Neurología, Psiquiatría y Psicología que se reunirá en Berna del 7 al 12 de Septiembre, D. Santiago Ramón y Cajal, D. Nicolás Achúcarro y don Jorge Francisco Tello, y para el Dental internacional que se reunirá en Londres del 3 al 8 de Agosto, D. Florestán Aguilar.

*

Desde Abril de 1914 comenzó a publicarse, con el título *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, una Revista internacional de Biología, Psicología, Patología y Sociología de la vida sexual, Revista que será al mismo tiempo órgano oficial de la Sociedad que existe en Berlín con el título de «Aerztlichen Gesellschaft für Sexualwissenschaft und Eugenik». La Revista,

que aparecerá mensualmente, estará dedicada, bajo una forma estrictamente científica, a la investigación de todo lo que se relaciona con la Ciencia sexual y con la eugénica. Los Directores de la Redacción serán el profesor A. Eulenburg y el doctor Iwan Bloch. El precio de la suscripción será de 16 marcos (20 francos) al año, estando dispuesta a remitir cuadernos de muestra gratuitamente la casa editorial, que es la de A. Marcus & E. Weber (doctor Jur. Albert Ahn), de Bona, Alemania.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Los Progresos de la Clínica publica en el número 18, correspondiente al mes de Junio de 1914, el siguiente sumario:

I. Difteria y su curación, por el doctor Llorente.

II. Afecciones nerviosas de origen palúdico y metapalúdico.

III. Estudio acerca de la triquinosis y su tratamiento, por el doctor D. M. Mas Gilabert.

IV. Trabajo de la Cátedra de Medicina legal del doctor Maestre. Funciones médico-legales, por los doctores Lecha Marzo y A. Piga.

V. Menudencias de técnica operatoria, por el doctor D. Avelino Gutiérrez.

VI. Casos clínicos: 1.º Sífilis hereditaria, por el doctor Valdés. 2.º Linfadenoma, por el doctor Perera. 3.º Poliartritis deformante, por el doctor Perera.

VII. Índice de las materias contenidas en el tomo III.

VIII. Índice alfabético de autores.

IX. Índice de las láminas contenidas en el tomo III.

X. Reseña de las sesiones de Academias y Sociedades médicas.

XI. Barcelona médica.

XII. Revista de la prensa.

XIII. Bibliografía.

XIV. Índice de las materias contenidas en el tomo III.

XV. Índice alfabético de autores.

Sumario del Suplemento

I. Ventajas que ofrece la suscripción al periódico y mejoras en la Revista para

1914. — II. Disposiciones oficiales. — III. Noticias de interés general. — IV. Partidos médicos vacantes. — V. Correspondencia con los señores suscriptores.

DR. R. HORNO-ALCORTA. — *Tratamiento de las hemorragias por los sueros.* — Un folleto en 4.º de 16 páginas. Zaragoza, 1910. Vol. XXI de las publicaciones de *Clinica y Laboratorio.*

Repertorio de Terapéutica. — Consultas y formulario. — Revista mensual. — Redactor jefe, Dr. Lucien Mayet. — Número 5. Junio, 1914.

Establece el cambio y le quedamos agradecidos por la mención que hace del artículo del doctor P. Ramón y Cajal, «Las fiebres de Malta en Aragón».

La Crónica Médica. — Revista quincenal de Medicina, Cirugía y Ciencias afines. Órgano de la Sociedad Médica «Unión Fernandina». Redactor jefe, Dr. David Matto. Números 605 y 606, 15 y 31 de Marzo de 1914. Lima (Perú).

Establecemos muy gustosos el cambio con tan estimado colega americano.

VACANTES

La de médico de Torralba de Ribota (Zaragoza), villa con Ayuntamiento de 676 habitantes, a 8 kilómetros de Calatayud, que es su partido judicial y cuya estación es la más próxima, y una y media de la capital, por dimisión, con la dotación anual de 500 pesetas, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal, más 1.500 pesetas de que responde una Junta de mayores contribuyentes, también pagadas por trimestres. Los que deseen solicitarla presentarán sus solicitudes documentadas hasta el día 30 del actual, en cuya fecha se proveerá. (B. O. del 16 de Julio). — El alcalde, Julián Yagüe.

— La de Mazariegos (Palencia), villa con Ayuntamiento de 539 habitantes, a 17 kilómetros de Frechilla, que es su partido

judicial, y a 17 de la capital. Tiene estación de ferrocarril, por renuncia del que la obtenía. El agraciado disfrutará el sueldo anual de 1.000 pesetas, salvo el descuento legal, pagadas de los fondos municipales por trimestres vencidos por la asistencia a veinticinco familias clasificadas pobres por el Ayuntamiento, más los pobres transeuntes, presos de tránsito, niños expósitos, reconocimiento de quintos, visitas judiciales para pobres y no pobres declarados de oficio por los Tribunales y los individuos del fuero de guerra que hallarse pudieran en esta localidad con arreglo a las disposiciones vigentes, quedando en libertad para contratar la asistencia de su clase con las familias pudientes. Los que aspiren a ser nombrados presentarán sus instancias debidamente reintegradas y documentadas en esta Alcaldía en el término de 30 días (B. O. del 15 de Julio); no teniendo por presentada ninguna que carezca de reintegro y documentos aludidos. — El alcalde, Paulino Ortega.

— La de Torrijos (Teruel), villa con Ayuntamiento de 629 habitantes, a 40 kilómetros de Mora de Rubielos, que es su partido judicial, y 50 de la capital. La estación más próxima Rubielos, a 22 kilómetros, por terminación del contrato y traslado a otro punto del que la venía desempeñando; su dotación consiste en 2.250 pesetas por capitular, pagadas éstas la mitad por trimestres vencidos y las restantes en 1.º de Octubre del año vencido, con casa franca y libre de gastos. Los aspirantes dirigirán sus instancias a esta alcaldía durante el plazo de 30 días, pasado el cual se proveerá. (B. O. del 18 de Julio). — El alcalde, Agapito Martín.

— La de Argecilla (Guadalajara), villa con Ayuntamiento de 567 habitantes, a 17 kilómetros de Brihuega, que es su partido judicial, y 42 de la capital. La estación más próxima Matilla, a 11 kilómetros, por defunción, con el sueldo anual de 155 pesetas pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal. Además percibirá el agraciado 2.500 pesetas por la asistencia del vecindario, cobradas por este Ayuntamiento y satisfechas por trimestres vencidos, quedando libre de toda carga municipal. Los aspirantes a dicha plaza pre-

sentarán sus solicitudes, certificado de buena conducta y certificación del título profesional en esta Alcaldía en el plazo de 30 días, pues pasado este plazo se proveerá. (B. O. del 20 de Julio). — El alcalde, Antonio Juárez.

— La de Puertomingalvo (Teruel), villa con Ayuntamiento de 1.271 habitantes, a 36 kilómetros de Mora de Rubielos, que es su partido judicial, y 70 de la capital. La estación más próxima Rubielos, a 46 kilómetros. El pueblo asociado de Castevispal tiene 191 habitantes y un agregado, por segunda vez, con la dotación anual de 1.000 pesetas cobradas por trimestres vencidos del presupuesto municipal; el contrato será por tiempo ilimitado, pero por anualidades completas y con sujeción a las disposiciones vigentes. Además el agraciado podrá contratar el servicio a las familias no comprendidas en la Beneficencia municipal, por cuyos servicios percibirá 2.500 pesetas, respondiendo de dichos pagos las Juntas que existen al efecto. Los que deseen desempeñarla dirigirán sus solicitudes a esta Alcaldía hasta el día 12 del próximo mes de Agosto. (B. O. del 16 de Julio). — El alcalde, Tomás Benages.

— La de Lizara (Guipúzcoa), villa con Ayuntamiento de 576 habitantes, a 7 kilómetros de Vergara, que es su partido judicial, cuya estación es la más próxima, y 34 de la capital. Tiene dos agregados, dotada con el sueldo anual de 750 pesetas, pagaderas por semestres vencidos, y casa habitación decente y capaz. Los aspirantes, que deberán poseer el idioma vascongado, presentarán sus solicitudes en esta Alcaldía dentro del plazo de treinta días (B. O. del 17 de Julio). — El alcalde, Miguel Goicoecheandia.

— La de Nieva de Cameros (Logroño), villa de 711 habitantes, a 8 kilómetros de Torrecilla de Cameros, que es su partido judicial, y 27 de la capital. La carretera de Logroño a Soria pasa a 3 kilómetros. Tiene un agregado, por dimisión, dotada con el sueldo anual de 750 pesetas, pagadas con cargo al presupuesto municipal y por trimestres vencidos, por la asistencia a familias pobres. Los aspirantes a dicha plaza deberán presentar sus solicitudes de-

bidamente documentadas en esta Alcaldía, dentro del término de treinta días (B. O. del 17 de Julio). El agraciado puede contar con 1.750 pesetas por las igualas de los vecinos de esta villa y su aldea de Montemediano, por asistencia de los vecinos pudientes, anualmente. — El alcalde, Fernando Vasaldúa.

— La de Arenillas (Soria) y su anejo Riba de Escalote, lugar con Ayuntamiento de 431 habitantes, a 35 kilómetros de Almazán, que es su partido judicial, y 68 de la capital. La estación más próxima Berlanga de Duero, a 19 kilómetros. El anejo tiene 344 habitantes, por terminación del contrato, con las dotaciones anuales de 350 fanegas de trigo a que ascienden las igualas de los vecinos de ambos pueblos a razón de 21 celemines la matriz y 16 el anejo, y 50 pesetas de titular. Teniendo en cuenta que aun cuando se agregue a este pueblo algún otro, será a beneficio del médico, sin impedirle el partido. Solicitudes por treinta días (B. O. del 17 de Julio). — El alcalde, Felipe Alonso.

— La de Brochales (Teruel), lugar con Ayuntamiento de 810 habitantes, a 20 kilómetros de Albarracín, que es su partido judicial, y 48 de la capital. La estación más próxima Santa Eulalia, a 28 kilómetros, por dimisión, desde el 29 de Septiembre próximo. Su dotación consiste en 250 pesetas la titular y 2.000 pesetas de capitular, satisfechas por trimestres vencidos, la primera por el Ayuntamiento del presupuesto municipal y la segunda por la Junta de asociados nombrada al efecto. Los aspirantes dirigirán sus solicitudes a esta Alcaldía en el término de treinta días (B. O. del 21 de Julio). — El Alcalde, Marcos Saz.

— La de Domingo Pérez (Toledo), villa con Ayuntamiento de 1.172 habitantes, a 18 kilómetros de Torrijos, que es su partido judicial, y 40 de la capital. La estación más próxima Erustes, a 3 kilómetros. El pueblo de Otero, con el que puede contratar los servicios de su profesión, tiene 360 habitantes, por renuncia, dotada con 750 pesetas anuales por la asistencia a 55 familias pobres. Entre las igualas y la titular puede cobrarse 3.000 pesetas anuales; además a 3 kilómetros por carretera se

encuentra el pueblo de Otero, con quien puede contratar la asistencia médica, ascendiendo en este caso la dotación total a 4.500 pesetas. Solicitudes debidamente documentadas a esta Alcaldía hasta el 14 de Agosto.—El alcalde, Adolfo Palomo.

—La de Valbona (Teruel), villa con Ayuntamiento de 650 habitantes, a siete kilómetros de Mora de Rubielos, que es su partido judicial y 35 de la capital. La estación más próxima Sarrión, a 12 kilómetros, por dimisión, desde el 29 de Septiembre próximo. Su dotación consiste en 750 pesetas pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal; además percibirá por capitular 1.500 pesetas en la forma siguiente: 80 fanegas de trigo cotizadas a seis pesetas una, y lo restante en metálico, cobrado por la Junta facultativa en el mes de Octubre y con arreglo a las condiciones que obran en el contrato y existen en la Secretaría del Ayuntamiento. Los aspirantes dirigirán sus instancias en forma legal a los señores alcalde o presidente de la Junta facultativa de esta villa, dentro del término de treinta días (B. O. del 21 de Julio).—El alcalde, Pedro Sebastián.—El presidente de la Junta, Antonio Torres.

—La de Cabañas de la Sagrada (Toledo), por renuncia, dotada con el sueldo anual de 2.500 pesetas pagadas por trimestres vencidos por el Ayuntamiento y una Junta nombrada al efecto, por la asistencia de todo el vecindario del casco de la población, que consta de 490 almas. La población es sana y abundante en artículos de primera necesidad, y dista de Toledo 18 kilómetros y 15 de Illescas, cabeza de partido por carretera de Madrid a Toledo, teniendo además estación de la vía férrea de Madrid a Portugal. Los doctores o licenciados en Medicina que deseen obtener la plaza, dirigirán sus solicitudes documentadas al alcalde de esta localidad hasta el día 10 de Agosto próximo.—Cabañas de la Sagra, 19 de Julio de 1914.—El alcalde, Francisco Cedillo.

—La de La Alameda (Soria), lugar con Ayuntamiento de 368 habitantes, a 50 kilómetros de la capital, que es su partido judicial. La estación más próxima, Ariza,

a 25 kilómetros, y su anejo Carabantes, que dista 5 kilómetros de buen camino, con la dotación anual de 200 pesetas, satisfechas por los respectivos Ayuntamientos. Además percibirá el agraciado 500 medias fanegas de trigo puro en concepto de iguales, que le serán satisfechas en el mes de Septiembre de cada año por 180 familias pudientes de que consta el partido, garantizado el pago. Los señores licenciados en dicha facultad que deseen obtenerla, presentarán sus instancias en término de 30 días, al alcalde de este pueblo, transcurridos los cuales se proveerá. (B. O. del 13 de Julio).—El alcalde, Simón García.

—La de Ferreira (Granada), villa con Ayuntamiento de 1.292 habitantes, a 16,5 kilómetros de Guadix, que es su partido judicial, y 65 de la capital. La estación más próxima, La Calahorra, a 19 kilómetros, por dimisión, con el sueldo anual de 1.000 pesetas, pagaderas del presupuesto municipal, y 1.500 de igualado. Lo que se anuncia al público, admitiendo solicitudes en la Secretaría de este Ayuntamiento por término de 30 días, acompañando a las mismas los aspirantes los documentos de aptitud necesarios que acrediten la profesión y capacidad para el desempeño de dicho cargo. (B. O. del 14 de Julio).—El alcalde, Juan Vellecillos.

—La de Calvos de Randín (Orense), lugar con Ayuntamiento de 3.650 habitantes, a 17 kilómetros de Ginzo de Limia, que es su partido judicial, y 50 de la capital, cuya estación es la más próxima. Tiene 8 agregados, por no haberse presentado aspirantes en el concurso anterior, dotada con el sueldo anual de 1.000 pesetas y las iguales, por la asistencia gratuita a 300 familias pobres, se anuncia a segundo concurso por término de 30 días, durante los cuales presentarán los aspirantes sus solicitudes documentadas en la Secretaría de este Ayuntamiento, en la que se halla de manifiesto el pliego de condiciones a que habrán de atenerse los concursantes. (B. O. del 15 de Julio). El alcalde, Manuel Fernández.

—La de Torrelameo (Lérida), lugar con Ayuntamiento de 672 habitantes, a 12 kilómetros de Balaguer, que es su partido

judicial, y 10 de la capital, que es la estación más próxima, con el haber anual de 750 pesetas, teniendo además en cuenta que el agraciado puede contar con la igualdad de todos los vecinos de esta población. Solicitudes hasta el 12 del próximo Agosto. (B. O. del 16 de Julio).—El alcalde, Antonio Cases.

—La de Santa Coloma de Farnés (Gerona), cabeza de partido judicial, ciudad de 4.666 habitantes, a 20 kilómetros de la capital, unida a ésta por carretera. La estación de Sils está a 8 kilómetros que recorrerá un tranvía de vapor. Tiene tres agregados, por defunción, se abre concurso para la provisión del mismo, y en su virtud los aspirantes podrán presentar sus instancias documentadas durante el plazo de veinte días, en la Secretaría municipal (B. O. del 16 de Julio). Los concursantes deberán justificar, además de su personalidad, situación militar, conducta y aptitud, pertenecer al Cuerpo de médicos titulares de España. El nombrado disfrutará el haber de 700 pesetas anuales y quedará sujeto al cumplimiento de las obligaciones

que se detallan en el oportuno expediente. El alcalde, Manuel Barrera.

—Casillas (Avila), con el sueldo anual de 2.500 pesetas por beneficencia e iguales cobradas por trimestres vencidos por una Junta responsable, o 2.750 cobradas directamente por el interesado. Solicitudes documentadas al alcalde hasta el 4 de Agosto próximo.

—Valera de Arriba (Cuenca), partido judicial de la misma. Por defunción. Habitantes 1.044; distante 30 kilómetros de Cuenca. Dotación anual 500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 250 fanegas de trigo en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 2 de Agosto.

—Escariche (Guadalajara), partido judicial de Pastrana. Por renuncia. Habitantes 614. Distante 11 kilómetros de Pastrana y 25 de la capital. Dotación anual 500 pesetas, pagadas por trimestres vencidos por asistencia a cinco familias pobres y 2.000 en concepto de iguales, satisfechas en igual forma. Solicitudes hasta el 5 de Agosto.



BIBLIOGRAFÍA

El doctor Horno-Alcorta, director de nuestro estimado colega *La mujer y el niño*, nos remite dos ejemplares de su interesante folleto titulado «Tratamiento de las hemorragias por los sueros».

Dicha publicación es un acertado y compendioso resumen del tratamiento de las hemorragias, precedido de un bien enfocado estudio del proceso de la coagulación de la sangre en las condiciones normales y en las patológicas.

Después de ocuparse de los distintos remedios usados antes de Weil para cohibir las hemorragias, se ocupa del tratamiento de las mismas por el suero equino, teniendo una acertada nota al consignar que el doctor Cerrada, catedrático de esta Facultad, empleaba el suero antidiftérico como hemostático, al mismo tiempo que en el extranjero se comenzaban a efectuar experiencias de esta naturaleza.

Diez observaciones, siete de ellas personales, constituyen el campo experimental que el autor ha aprovechado para escribir su folleto, castizo en la forma y de sana doctrina práctica en el fondo.

Como final de su trabajo, el doctor Horno-Alcorta hace el resumen en la siguiente conclusión: «el empleo de los sueros orgánicos es, a la hora actual, el tratamiento más sencillo, más racional, más inofensivo y más activo de las hemorragias rebeldes».

Reciba nuestra felicitación el doctor Horno-Alcorta.

M. J. ALCRUDO.

A los Autores y Editores

«**Hojas Médicas**,» anunciará en dos números sucesivos todas las obras de las que se envíe un ejemplar y hará, además, un juicio crítico imparcial si se remiten dos ejemplares.

«**Hojas Médicas**,» annoncerá pendant deux mois tout ouvrages envoyés à nos bureaux: si deux exemplaires nous sont parvenus nous ferons l'analyse bibliographique.

Píldoras PIN

A base de protoxalato
ferroso, cuasina y gen-
- - - - ciana lútea - - - -
- El mejor regenerador -
- - - - de la sangre - - - -

Precio: Pesetas 2'50

Farmacia de MARIANO PIN

Cerdán, 5 y Escuelas Pías, 8, Zaragoza

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

PÓLIPOS DE LAS COANAS EN LOS NIÑOS

Los pólipos mucosos de las fosas nasales se observan con poca frecuencia en los niños; pero todavía es más infrecuente observar en la infancia pólipos quísticos de las coanas.

La literatura de la especialidad que yo he podido rebuscar, citan quince o veinte casos todo lo más. En el completísimo trabajo que acerca de los pólipos de las fosas nasales en los niños publicó Natier, cita cinco coanales solamente. En el concienzudo trabajo que Stepiuski publicó en los *Archivos Internacionales* no cita más que cinco también; tres suyos y dos inéditos de Moure. Por último, en el curso que estuve al lado de mi queridísimo maestro Dr. Botey, gloria legítima de la laringología española, no llegué a observar en su concurrida clínica ninguno; y aun más, en los dos cursos consecutivos que en Berlín, en la Clínica Oficial Rino-Laringológica de la Charité, dirigida entonces por Fraenkel y Mayer y hoy por Kilian, con un promedio de más de 300 enfermos diarios, y en la privada y en la pública de la Karless-Strasse, de Jansen, tampoco pude observar más que uno de esta clase de pólipos de los niños.

Por eso me parece de algún interés científico y me atrevo a solicitar la atención de los inteligentes lectores de HOJAS MÉDICAS, con la publicación de un caso observado y operado recientemente por mí.

Vedlo aquí:

María L., de once años de edad, hija de un empleado de ferrocarril, y en compañía de sus padres, se presenta en mi Consulta pública de la Clínica Operatoria de Especialidades; se queja de que hace siete meses le es imposible respirar por la fosa nasal izquierda, y desde un mes muy difícilmente por la derecha.

Con la rinoscopia anterior observo ligera hipertrofia de ambos cornetes, que no es suficiente para explicar la dificultad respiratoria.

Y después de ligera cocainización, con la consiguiente retracción de los cornetes, observo en el fondo de la nariz un tumor blanco rosado, duro e inmóvil al contacto del estilete.

Al examen de la post-boca aparece el velo del paladar empujado hacia delante y con la rinoscopia posterior se observa en el espejillo un tumor del tamaño de una ciruela, rojo, surcado de pequeños y finos vasitos, que ocupa casi todo el *cavum*, obstruyendo completamente la luz de ambas coanas.

Al tacto digital aparece el tumor duro, renitente; y aunque es difícil percibirse de su inserción, con ayuda del estilete me parece que su inserción es el borde posterior y externo de la coana izquierda.

Propongo la operación, que es aceptada, y a los dos días la practico en dicha Clínica. Previa anestesia con la solución de cocaína y adrenalina, logré



DOCTOR ARIÑO

introducir con mucha dificultad por la fosa nasal derecha, que es la más permeable, un fuerte polipótomo de Krause; y ayudándome por la boca con el dedo, después de muy laboriosa maniobra, consigo abarcar con el alambre el tumor y secciono completamente el extenso pedículo, extrayendo por la boca la masa que, al partirse, dejó escapar una gran cantidad de líquido mucoso.

Hago después un raspado, con la cureta flexible de Loubet-Borbón, de los trozos de pedículo que quedaban y una ligera cauterización de la superficie de implantación, que como pensábamos en el examen, era el borde externo e inferior de la coana izquierda.

El curso posterior fué normal y a los ocho días fué dada de alta, curada, respirando libre y completamente por ambas fosas nasales.

Posteriormente, y a los tres meses de haber sido operada, tuve ocasión de observar a la enfermita, sin traza de recidiva alguna.

Este es el caso que, como anteriormente he dicho, aunque sin importancia y transcendencia clínica alguna, lo juzgo digno de publicarse por su insólita rareza.

DR. JULIO ARIÑO.

REVISTA DE REVISTAS

Reflexiones sobre cincuenta casos de amigdalectomía.

La amigdalectomía es una operación que sin razón se ha tratado de desacreditar. Con anestesia local a la novocaína-adrenalina, se desprende, con ayuda de tijeras turvas y romas, el polo superior, separándole de sus relaciones con los pilares; después se separa la cápsula amigdalina del constrictor superior de la faringe; el asa fría se encarga en último extremo de separar el hilio, apretando lenta y progresivamente.

El autor afirma haber tenido muy pocos

fracasos ni accidentes operando de esta manera. Indica lo que precisa hacer y lo que conviene evitar de hacer en los casos de hemorragia grave postoperatoria. Está de acuerdo con Luc en lo que se refiere a suturar los pilares en los casos de hemorragia, práctica que sin dudas ni titubeos hay que implantar desde el primer momento, para lo cual se debe disponer previamente el instrumental necesario.

En cien casos de amigdalectomía, una sola vez tuvo que recurrir el autor a ese medio: ningún otro accidente operatorio. Jamás ha notado el autor cambio alguno en la voz después de la amigdalectomía.

M. Marbaix.

(Policlínica.—Valencia, Agosto 1914).



PEDIATRÍA

LA ICTERICIA EN LA INFANCIA

La ictericia en la infancia es un síntoma a veces transitorio y sin importancia que desaparece no dejando tras sí trastorno alguno, y otras veces es un fenómeno de la más alta gravedad que puede ocasionar la muerte en plazo más o menos lejano y sin que los medios terapéuticos de que disponemos puedan evitarlo.

Es, pues, de gran importancia en la práctica profesional conocer los diferentes casos en que puede desarrollarse, para poder vencer las dificultades que se han de presentar en la determinación de sus causas, como fundamento en la orientación pronóstica de este síntoma.

La ictericia infantil más frecuente es la descrita con el nombre de *ictericia de los recién nacidos*, que se presenta en la casi totalidad de los niños y que el vulgo lo cree consecuencia de la ingestión de los calostros de la leche materna, llamándose en muchos pueblos de Aragón *niño encalostrado* a aquel que presenta la coloración ictericia.

La ictericia está más marcada en los niños nacidos prematuramente. Cruse y Still aseguran que la intensidad en la coloración y el peso del niño están en razón inversa. Comby señala el hecho de estar más expuestos a padecer este síntoma los niños que nacen en presentación de nalgas, o ha sido necesario practicar la versión para terminar el parto. Kehrer cree más expuestos los niños de las primíparas que los de las múltiparas. Yo creo que si no todos los nacidos, como dice Breschet, el 90 por 100 presentan la ictericia, aunque pase desapercibida por no alterar en lo más mínimo la salud del infante.

Aparece en el curso de la primera semana, del segundo al cuarto día; primero en el tronco y en la cara, después en las extremidades y en las conjuntivas; en muchos de los casos las orinas y las heces permanecen normales, la salud del niño no se altera y al cabo de cinco o seis días, a lo más después de una o dos semanas, el color icterico desaparece, sin dejar tras de sí nada patológico que pueda perturbar la normalidad en la salud del niño.

Todos los autores asignan un período de quince o veinte días como máximo de duración de la ictericia, y en todos aquellos casos en que la coloración se prolonga más de ese tiempo, aseguran se trata de otra enfermedad grave que se acompaña de ese síntoma. En contra de esa aseveración puedo presentar tres casos, en que la ictericia duró mucho más tiempo y que a su desaparición quedaron en un estado al parecer de salud perfecta.

Niño A. S. Apareció la ictericia tres días después del nacimiento: la orina era pálida, las deposiciones verdes, el hígado un poco hipertrofiado, nada en el bazo, sin antecedentes sífilíticos; lo trajeron a mi consulta porque se pasaba el día llorando y vomitaba alguna vez. Duró la ictericia sesenta y un días, al desaparecer no dejó tras sí más que un ligero enflaquecimiento que duró

algún tiempo, hasta que volvió a ganar en peso, y hoy hace más de cuatro años que el niño goza al parecer de salud perfecta.

Niña D. L. Apareció la ictericia a los dos días de nacer: la orina era oscura, las deposiciones verdes, el hígado normal, el bazo no se apreciaba por palpación, la niña tenía buen aspecto. Sin antecedentes sifilíticos. La trajeron a mi consulta porque tardaba cuatro o cinco días en evacuar el vientre. La ictericia duró treinta y ocho días sin dejar trastorno alguno.

Niña P. S. Apareció la ictericia al día siguiente de nacer: orines oscuros, deposiciones verdes, hígado hipertrofiado; mal aspecto. Antecedentes sifilíticos. Duró la ictericia veintisiete días. Hace más de un año que desapareció y hoy se encuentra en relativo buen estado.

No es fácil la explicación patogénica de estos casos de ictericia prolongada de los recién nacidos, mucho más cuando la causa productora de dicho síntoma, en los casos más frecuentes, no está todavía suficientemente dilucidada. Y la importancia de su conocimiento sería de gran utilidad práctica para poder orientarnos con alguna seguridad en el camino del pronóstico de estas ictericias prolongadas de terminación favorable, que echan por tierra lo escrito por la mayoría de los autores, que aseguran, cuando un niño presenta ictericia después del nacimiento y ésta persiste más de dos o tres semanas, se trata siempre de una sífilis hepática o de una obliteración congénita de las vías biliares, lesiones las dos de pronóstico gravísimo. Por eso en los dos primeros casos que cito, yo participé a los padres mis temores de un funesto desenlace. La hipertrofia hepática del primer caso me hizo creer en una sífilis hepática, aunque faltaban los antecedentes, buscados con toda escrupulosidad y cuidado. El tinte oscuro de la piel en el segundo caso, parecía indicar una obliteración congénita de los conductos biliares, aunque la presencia de la bilis en las deposiciones atestiguaba la permeabilidad de dichos conductos. El resultado favorable evidenció el diagnóstico que después hice de ictericia de los recién nacidos, prolongada en estos dos casos por causas todavía no bien conocidas y estudiadas. En el tercer caso creía yo no había duda ninguna: los antecedentes sifilíticos, el mal estado que presentaba, me hicieron pensar en una lesión grave de hígado por sífilis congénita. La mejoría iniciada y sostenida por más de un año, me hacen dudar de mi diagnóstico, aunque en este caso hago reservas para el porvenir, pues bien pudiera suceder lo ocurrido en los casos citados por Stadelman y Still, en que dos niños que padecieron ictericia del recién nacido durante seis semanas y que luego desapareció sin dejar rastro ninguno, murieron a los dos años, apreciándose en la autopsia una cirrosis hepática intercelular muy avanzada, ocasionada por una sífilis congénita.

Las causas de la ictericia del recién nacido no están todavía suficientemente aclaradas. Frank la considera como un estado de irritación de la piel. Morgani la explica por una retención de los componentes de la bilis en la sangre a consecuencia de la ligadura del cordón. Frerichs la hace depender de la disminución de la tensión sanguínea. Tarchanón atribuye la ictericia del recién nacido a una pleiocromía que sería debida a la destrucción de numerosos glóbulos rojos en los primeros días después del nacimiento. Laurent ha defendido esta teoría achacando esa destrucción globular al enfriamiento de la piel después del nacimiento. Bue y Vorón aceptan en un todo la teoría de Laurent. Quincke cree que los elementos de la bilis serían reabsorbidos del meconio. Si aceptamos la ley de Stadelman, «sin hígado no hay ictericia», debemos de buscar en este órgano las causas que producen ese síntoma, y su explicación más satisfactoria sería aquella que pudiera atribuirse al éxtasis de la bilis. Así Franck ha admitido la oclusión del conducto colédoco por el me-

conio; Virchow, por un tapón de moco; Cruse, por el epitelio desprendido. Para Pick, Mintoswski y Alranow, la ictericia consiste en una anomalía funcional de secreción de la célula hepática. Yo creo con Still que la ictericia no es sólo hepatógena, sino también resultado de la obstrucción, aunque ésta no exista en los grandes conductos biliares; porque si se tiene en cuenta que la bilis es segregada a una presión baja, por poco aumento que haya en su viscosidad, sobre todo en los pequeños conductos, se determinará una obstrucción muy suficiente para producir la ictericia. Y como dice el mismo Still, si la bilis segregada durante los últimos meses de la vida intrauterina es particularmente viscosa, con el aumento súbito de la secreción biliar que debe operarse en cuanto el niño toma alimento, la dificultad de excreción efecto de la viscosidad y del aumento de bilis es capaz de producir una reabsorción de la bilis segregada en aquel momento.

Y que la bilis es particularmente viscosa durante la vida intrauterina lo han comprobado las numerosas autopsias, siendo en algunos casos tan espesa que fué preciso emplear una fuerza considerable para hacerla caminar a lo largo de los conductos. En esas autopsias se han encontrado concreciones biliares y hasta cálculos en los pequeños conductos, aunque la generalidad de los autores niegan su existencia, pero es un hecho que se ha observado, comprobándose que en la edad más tierna las concreciones y los cálculos son más frecuentes que en los demás períodos de la infancia. En diecinueve casos coleccionados por un médico inglés, siete pertenecían a niños de uno y dos años, doce a criaturas menores de seis meses.

Tal vez esa tendencia que hay en la vida intrauterina a la formación de concreciones biliares en los pequeños productos nos diera la causa de esas ictericias prolongadas que luego desaparecen sin dejar huella en la salud del niño.

También la sífilis congénita puede desempeñar cierto papel en algunos niños que curan de su ictericia, aunque estas mejorías son raras y casi siempre temporales. En general, los niños sifilíticos con ictericia sucumben rápidamente.

La sífilis hepática no es la única causa de ictericia terminada por muerte; en la epifisitis congénita, que es una de las manifestaciones más frecuentes de la sífilis congénita, la epifisitis aguda puede llegar a supurar, merced a una infección secundaria por los microbios piógenos, y esta pioemia puede ser causa de una ictericia infecciosa. Estas ictericias pirohémicas producen en el recién nacido la flebitis de la vena umbilical, ocasionando la muerte por peritonitis aguda.

Existe otro grupo de casos de ictericia cuyo pronóstico es también gravísimo; son los producidos por una obliteración congénita de los conductos biliares, no siendo fácil el diagnóstico diferencial con la sífilis porque en las dos afecciones la ictericia puede existir desde el nacimiento y acompañarse de hipertrofia del hígado. Hay la creencia que los niños afectados de esta deformidad padecen siempre la ictericia desde su nacimiento, pero los casos coleccionados por Thomson vienen a demostrar que sólo en muy corto número aparece la coloración desde el nacimiento; en la generalidad, señalase a las dos o tres semanas de vida extrauterina. En las autopsias de estos niños que mueren por obliteración congénita de los conductos biliares, el hígado está más duro que en los que mueren por sífilis hepática y la cirrosis mucho más acentuada.

Still señala un hecho importante al tratar de la ictericia de los recién nacidos, y es la aparición de este síntoma en muchos niños de la misma familia. Thomson, en su memoria, señala este mismo hecho. Underwod cita el caso

de una familia en que los nueve hijos murieron de ictericia antes de alcanzar un mes de edad y el décimo murió también de ictericia a los seis años.

En los niños mayores la ictericia es casi siempre de origen catarral y muchas veces reviste la forma epidémica, aunque Comby y otros autores citan muchos casos en que fué debido al raquitismo y a la dilatación de estómago. Es común entre los tres y siete años. El niño está abatido e intranquilo, tiene estreñimiento, vómitos, la orina toma un tinte oscuro, las heces se decoloran y casi siempre acusan un dolor muy vivo en el epigastrio. Los autores indican como síntoma la lentitud del pulso y el prurito cutáneo; yo, conforme con Henock, no he encontrado nunca estos dos síntomas en los niños que he asistido. Jakubowitsch niega también estos síntomas, porque en la bilis del niño circulan tan sólo ligeras cantidades de ácidos biliares, faltando siempre el ácido taurocólico. Generalmente la ictericia desaparece en doce o catorce días, aunque algunas veces se ha prolongado veinticinco o treinta y en algunos casos ha recidivado sufriendo el niño cinco o seis ataques.

Al lado de estas causas, que son las más comunes en los niños jóvenes, hay que añadir otra que aunque excepcional puede presentarse alguna vez en la práctica. Me refiero a la cirrosis, no a la esclerosis intercelular de la sífilis, sino a la cirrosis llamada de Laenec en los adultos. Puedo citar un caso en un niño de 12 años con todos los síntomas de esta enfermedad: hijo de padre alcohólico y de madre tuberculosa, presentaba como síntoma principal una ascitis enorme. Teniendo en cuenta los antecedentes de la madre, pensé en una peritonitis tuberculosa crónica, pero el tinte subictérico de la piel, el análisis de la orina, la atrofia del hígado perfectamente apreciable después de la punción, la hipertrofia del bazo, la decoloración de las heces, la red venosa subcutánea de la pared abdominal y las epistaxis, me hicieron diagnosticar una cirrosis atrófica que en los adultos se le adjetiva alcohólica.

En este caso, el niño bebía una pequeña cantidad de vino en las comidas, prescrito hacía mucho tiempo por la misma familia como agente tónico. No hice el examen del líquido ascítico para ver si había aumento de linfocitos como medio diagnóstico con la peritonitis tuberculosa que en este caso particular podía sospecharse con gran fundamento por los antecedentes tuberculosos de la madre, aunque bien pudieron darse las dos enfermedades en este niño, ya que Hutinel hace observar que la cirrosis atrófica de la infancia está combinada muy frecuentemente con afecciones tuberculosas de otros órganos y los casos publicados por Bech y Passini bastan a demostrarlo.

La ictericia se presenta en la infancia como complicación de diversas afecciones: cardiopatías, pneumonía, septicemia, tuberculosis, escarlatina y en otros procesos infecciosos, constituyendo siempre un síntoma muy grave. Acompaña también a las hepatitis aguda y crónica, a las neoplasmas del hígado y del páncreas y a la atrofia aguda amarilla del hígado.

A. GUALLAR POZA.



DERMATOLOGÍA

Tratamiento de la erisipela por el carbonato amónico al interior

Quizá a gran cantidad de profesionales les coja de nuevas la afirmación de que tan específico remedio curativo es el carbonato amónico en la erisipela, como la quinina en el paludismo y el mercurio en la sífilis. Digo que a muchos les cogerá de nuevas, porque en ninguna obra española que yo conozca aparece indicación alguna en tal sentido; es más, en ninguna obra francesa he visto citar tan importante aseveración. Es, pues, muy natural que se desconozca por muchos que el carbonato amónico es el remedio específico contra la erisipela. Y, sin embargo, su uso es muy antiguo: data ya de un siglo, y aquí en Madrid, que yo sepa al menos, se emplea desde hace muchos años como cosa corriente, y cuya utilidad todos reconocen, en el Hospital provincial; los profesores Isla (actual Decano), Huertas, López Durán, etcétera, tienen larga y numerosa experiencia de este asunto, y a pesar de la utilidad indudable y enorme del medicamento, y del numerosísimo contingente de enfermos por él curados, no conozco una sola publicación española que dé cuenta de hecho tan utilitario para los enfermos, en afección tan frecuente como la erisipela en sus múltiples modalidades clínicas.

En el momento actual, mi breve artículo sólo tiene por objeto remover este asunto, ponerle a discusión, para que llegue a noticia del mayor número posible de médicos y enfermos, y para que se generalice el uso de la ya citada medicación. Yo no paso de ser uno de tantos médicos de la Beneficencia provincial de Madrid que la ha empleado desde hace cinco años, siempre con éxito grande y positivo; ya he dicho, y repito, que otros muchos e ilustres profesores la emplean desde hace muchos años en las Clínicas del Hospital provincial; quizá en algún que otro punto disperso sea utilizada por médicos titulares que en tiempos pasados fueron internos de nuestras Clínicas, y en las que aprendieron el valor del remedio, a fuerza de verle emplear en uno y otro caso.

Mi práctica, muy numerosa y variada, empezó en 1908 en la Clínica quirúrgica del malogrado profesor San Martín, y siguió después, y continúa en la fecha en mi servicio de Dermatología y sífilis del Hospital de San Juan de Dios. Cuantos alumnos internos a mis órdenes, y cuantos compañeros me hicieron y me hacen el honor de asistir a mis Clínicas, han tenido ocasión de ver casos de erisipela tratados por el carbonato amónico, pueden testimoniar, a su vez, de los hermosos resultados que se obtienen. Si en algún tiempo anterior al mío, ya que todavía soy muy joven y el remedio casi centenario, hubiere, que sí habrá, algunas notas o publicaciones referentes a este asunto, yo agradecería su envío, así como de las publicaciones recientes, modernas,

a él referentes, para poder hacer una recopilación completa de cuanto con este asunto se refiere, y para que también resalte la participación primordial que en él tiene y ha tenido la Medicina española.

*
* *

Haciendo un poco de historia de esta medicación, diremos que es ya antigua; que en sus comienzos quizá sea de varios siglos, pero que documentalmente, con testimonio impreso, sólo aparece en el año 1828, en un artículo de Wilkinson, publicado en el número de Julio-Agosto de los *Horn's Archiv*. Completamente empírico su uso, sin saber a qué era debida su acción benéfica, es lo cierto que daba muy buenos resultados; la fórmula empleada era:

Carbonato amónico.....	8 gramos.
Excipiente c. s. hasta.....	210 cent. cúb.

Para tomar una cucharada cada dos horas.

Es decir, que venía a administrarse una dosis diaria de 6 gramos; cuando el caso era de una intensidad extrema, añadían a la fórmula otros 8 gramos de nitrato potásico.

Los resultados obtenidos por el eminente dermatólogo inglés eran los siguientes: la tensión cutánea tan molesta, tan desagradable, cesaba de las once a las dieciocho horas; la curación total se lograba de tres a cinco días, y sólo en los casos graves y gravísimos tardaba en obtenerse ésta nueve y hasta dieciséis días; por de contado no habla de un solo caso de muerte en enfermos tratados por el carbonato amónico.

La comunicación de Wilkinson tuvo poca resonancia y debió quedar olvidada, siendo Roth (Eutin) quien en el año 1882 y en el núm. 5.º de *Memo-rabilien* desenterró el asunto, refiriendo el hecho sentado por W. y su experiencia personal que alcanzaba en aquel momento a 31 casos de erisipela de todas castas, tipos y gravedad, con buen resultado en todos ellos. Impresionado por tales conclusiones, el eminente profesor Unna (Hamburgo) usó el remedio en un caso bastante grave, con fiebre no muy alta, insomnio, delirio y difusión del proceso erisipelatoso a toda la cara; a las veinticuatro horas de empezar el uso del carbonato amónico, la erisipela había detenido en absoluto su tendencia natural de progresión excéntrica, las sensaciones subjetivas, siempre molestas, habían cesado, e insomnio y delirio desaparecido; a los tres días el enfermo completamente curado.

Resultado tan favorable fué obtenido con el solo y exclusivo empleo del carbonato amónico al interior. Unna continuó sus observaciones en gran número, y he aquí cómo se expresaba tan eminente profesor en el año 1904, como resultado de la experiencia obtenida en este asunto: «Desde que Roth, en 1882, recomendó el uso del carbonato amónico en la erisipela, yo lo he utilizado igualmente con buenos resultados; como conocemos el agente infeccioso de la erisipela, es necesario admitir una influencia directa del medicamento sobre este microbio. Tendría gran interés práctico estudiar el modo cómo esta influencia se ejerce, pues hoy desconocemos cuál sea; puede ser que actúe como álcali enérgico, aumentando la alcalinidad de la sangre. Si tal supuesto se confirma, debería el carbonato amónico tener asimismo influencia sobre otras bacterias, y pasaría a ser de este modo un remedio importante de orden general.

Esta cuestión quede a la resolución de los bacteriólogos; entre tanto, sólo

sabemos que el carbonato amónico es un remedio específico contra la erisipela» (1).

A esto, añádase el considerable número de observaciones recogidas en las Clínicas del Hospital provincial y el de los casos por mí curados (próximamente unos 100); creemos que con tales y tantos testimonios, no hay duda alguna acerca de la utilidad del remedio. Vamos ahora a exponer la técnica seguida por nosotros en los casos de erisipela tratados con arreglo a este método.

Tratamiento de los enfermos de erisipela curados por nosotros

Ha consistido en lo fundamental, en lo siguiente:

1.º Reposo en cama o en casa, según la localización o intensidad del proceso.

2.º Administración, cada dos horas, de una cucharada grande de la fórmula siguiente:

Carbonato amónico.....	6 gramos.
Agua.....	150 —
Jarabe simple.....	50 —

Mézclese y disuélvase.

En los casos graves, con alta fiebre, vómitos, etc., aprovechamos el momento de dar la cucharada para dar la leche, caldo o agua de bebida.

3.º Como, aunque con el carbonato amónico es suficiente, nunca está demás el ejercer una acción antiséptica directa, aunque sea muy ligera, sobre las placas erisipelatosas, recomendamos que tres veces por día se embadurnen las superficies enfermas con la siguiente pomada:

Ictiol.....	5 gramos.
Resorbina (2).....	40 —

Mézclese íntimamente.

4.º Perseveramos en esta medicación hasta que la infección ha curado completamente; entonces suspendemos la pomada de ictiol, lavando las partes atacadas con agua boricada o simplemente con agua hervida templada sola o, a lo sumo, con jabón de glicerina (3). Al mismo tiempo vuelve el enfermo a su alimentación y vida ordinaria poco a poco y no toma más que cada cuatro horas (seis por día) las cucharadas de la poción del carbonato amónico. Pasados cinco o siete días en esta forma, se abandona toda la medicación.

Más adelante expondremos una variante de esta medicación en los casos de erisipela recidivante.

*
* *

(1) *Unna*: Ther. der Hautkrankheiten.

(2) Usamos la resorbina como mejor y más adherente que la vaselina; pero puede ser sustituida por ésta o por lanolina, etc.

(3) En los sitios donde los haya; también pueden usarse los jabones de ictiol, brea, thigenol, liantral, pitileno, de la Toja, salicílico, neutral, etc.

Los resultados obtenidos con tan sencilla medicación, según nos ha enseñado la observación clínica diaria de nuestros enfermos, es la siguiente: la fiebre, vómitos, dolor de cuello, insomnio y delirio, cuando existen, son influenciados y comienzan a decrecer o desaparecen en un plazo no mayor de cuarenta y ocho horas, a veces ya a las veinticuatro y aun a las doce horas; yo no he encontrado un solo caso rebelde, ni tan grave que resista más tiempo; sí he tratado, en la mayoría de los casos, enfermos del tipo común y corriente de erisipela facial y quirúrgica, y algunos de *erisipeloides* facial recidivante por grietas endonasales. Claro es, según claramente he indicado, que, en los plazos ya mencionados de cuarenta y ocho, veinticuatro y doce horas, comienza el proceso a ceder, no es que en ellos se alcance una curación definitiva y completa, ni mucho menos los síntomas locales del foco, tanto subjetivos como objetivos (dolorimiento, tensión, rigidez, rubicundez, calor, progresión periférica), se corrigen de igual modo y en igual medida o tal vez antes que los generales, con excepción de la progresión periférica; pues hay ocasiones en las que con una mejoría general y local evidente aparece una nueva placa o se extiende la existente, pero sin que el nuevo brote lleve anejo una nueva fase aguda de alta fiebre, vómitos, dolor de cuello, etc., sino evolucionando la nueva localización dentro de la modestia sintomática a que el proceso total ha sido reducido por la medicación.

Es el hecho más frecuente obtener la curación al tercero o cuarto día de la enfermedad, aun en casos de relativa intensidad, y casi nunca han transcurrido más de cinco días sin obtener la defervescencia absoluta; en un solo caso, en que, por lo violento del ataque erisipelatoso, hubo altísima fiebre y síntomas meníngeos incipientes (erisipela de toda la cara y del cuero cabelludo; enferma N. Barrio, cama núm. 54 del pabellón 4.^o), tardó doce días en curar la enferma de todos los síntomas locales, pues la fiebre y demás síntomas generales fueron prontamente aliviados y evolucionaron con poca intensidad.

Obsérvese que, al hablar de la curación, tomamos como medida *los días de enfermedad* y no los días de medicación, por juzgarlo criterio más real y positivo, menos engañoso; pues efectivamente, si a una erisipela, en el cuarto o quinto día de su existencia, la tratamos con la medicación indicada, es casi segura la curación completa, radical, en veinticuatro horas, y quizá en menos en algún caso; pero es porque ya en el cuarto y quinto día de la infección se han formado ya las defensas naturales en tan gran proporción que ellas solas hubieran bastado para lograr la curación espontánea del proceso en el séptimo u octavo día de la enfermedad; y en estas condiciones el carbonato amónico sólo acorta el plazo de curación espontánea en uno o dos días, cosa muy estimable, pero poco demostrativa, pues con mucha razón pudiera sostenerse que esa erisipela, terminada a las doce o veinticuatro horas de administrado el carbonato amónico, hubiera terminado igualmente por la sola acción de las fuerzas defensivas naturales del organismo.

Es, precisamente, en los casos tratados desde el primero y segundo día de enfermedad en los que uno se convence de la eficacia positiva del remedio, pues ante un enfermo con 40°, y aun con 41°, escalofríos intensos, delirio, abatimiento general y síntomas locales extensos e intensos, que hacen suponer una enfermedad de diez a quince días entre ella y la convalecencia, y que se cura en cuatro o cinco días, la convicción es completa y arraigada. Yo he visto muchos casos en los que, al ver por primera vez al enfermo, calculaba que duraría su enfermedad una semana, por ejemplo; y estos enfermos se han curado en tres, a lo sumo en cuatro días, es decir, que de un modo clarísimo, manifiesto, que no dejaba lugar a duda alguna, se ha visto acertado

positivamente el número de días de enfermedad. Es cuando se llega a esta convicción, cuando se siente uno partidario del método, y se erige en defensor de él; pero a esto se llega usándole desde el primer momento y en debida forma, es decir, sin escatimar ni perder tiempo en su empleo y sin rebajar lo más mínimo de las dosis indicadas.

He insistido, quizá demasiado, en querer demostrar la utilidad del tratamiento, porque la erisipela, como la pulmonía y tantas otras enfermedades de curso breve, agudo, cíclico, y en las que hay formas abortivas, son muy poco a propósito para demostrar la utilidad de una medicación dada; en efecto, todos sabemos que hay pulmonías que curan por sí a los siete días, y a los cinco días, y que hay la congestión de Woilez, que cura en tres días y que es casi imposible de distinguir de la verdadera pneumonía en el primer día de observación del enfermo. Todos hemos visto también que hay erisipelas que curan por sí solas en siete días, y en cinco días, y que hay algunas llamadas erisipeloides, que sólo duran tres o cuatro días. Si se ensaya una medicación nueva y se cura una pulmonía en cinco días, muchos dudarán de si el medicamento empleado ha servido de algo, o de si se tratará de uno de los casos de pulmonía breve, que curan espontáneamente en dicho plazo. Si la pulmonía así tratada evoluciona y cura en tres días, por ejemplo, a todos cabrá la duda de si tal evolución ha sido determinada por el tratamiento, o de si se ha tratado de un caso de congestión de Woilez que ha evolucionado en dicho plazo, siguiendo su curso espontáneo.

Exactamente lo mismo cabe suponer ante todo tratamiento de la erisipela, que, como todos sabemos, tiene tantas variantes de gravedad y duración, y en la que hay formas abortivas, las llamadas erisipeloides, que evolucionan en dos o tres días. Por todo ello, precisa, para juzgar de todo tratamiento de la erisipela, un examen atento de cada enfermo y un recuerdo de nuestra experiencia anterior, para, en virtud de ellos, prejuzgar en toda ocasión el número de días que duraría la enfermedad en cada sujeto, y luego ver el tiempo que dura con una determinada medicación.

En el caso presente, y en los enfermos que vayan presentándose ante cada médico que quiera convencerse de la utilidad del carbonato amónico, no hay sino calcular previamente los días que duraría la enfermedad con los tratamientos en uso, o abandonada a su curso espontáneo, y después ver lo que tarda en curar con el tratamiento de que hablamos. De este modo es como se llega al convencimiento de que el carbonato amónico es realmente útil en la erisipela, de que su curso se abrevia, a veces considerablemente, con el empleo del mismo, y de que, dada la sencillez extrema del tratamiento, debe ser utilizado como el mejor conocido actualmente, en tanto que la seroterapia y vacunoterapia no le superen en cuanto a rapidez y mayor seguridad en la curación.

La referencia de todos los casos por mí observados, aunque fuera breve, sería pesada, y además inútil, innecesaria, por cuanto que en la exposición que he hecho de la técnica a seguir en el tratamiento y de los resultados con él obtenidos, va sintetizada la experiencia por mí obtenida en el transcurso de los cinco años y los cien enfermos que llevo tratados. Solamente haré referencia a algunos casos particulares y dignos de ser conocidos por su importancia.

a) En el transcurso del año 1913, y con ocasión de un caso de erisipela habido en mi Clínica (núm. 52), se presentaron otros dos (núms. 76 y 45), y casi el mismo día o al día siguiente, pues esto no lo recuerdo exactamente, dos niñas que ocupaban las camas núms. 42 y 43 fueron atacadas de violento escalofrío, fiebre de 40° y dolor de cuello sumamente marcado. Se trata-

ba, evidentemente, de una pequeña epidemia de erisipela por el contacto y convivencia de unas con otras enfermas. Creyendo que las enfermas de los números 42 y 43 sufrían de erisipela en su período de invasión, las sometí, como a las demás, a la medicación por el carbonato amónico; en la tarde del mismo día le apareció a la enferma núm. 42 una pequeña placa erisipelatosa en la mejilla derecha, y a la núm. 43 otra en la oreja izquierda y surco retroauricular. *A las veinticuatro horas*, es decir, al día siguiente por la tarde, la enferma núm. 42 quedaba limpia de fiebre y le había desaparecido la placa de erisipela de la mejilla; la enferma núm. 43 curó de la erisipela que sufría *a las treinta y seis horas* de haberle aparecido.

Creyendo haber obtenido en estos dos casos una verdadera *curación abortiva* de la erisipela, en casos que prometían durar seis o siete días, dada la intensidad de los pródromos, me complazco en señalarlos, y al mismo tiempo en llamar la atención acerca del gran valor que tiene comenzar el tratamiento lo más pronto posible, por un lado, y del dolor de cuello, unido al escalofrío, fiebre y vómitos, para hacer un diagnóstico precoz e instituir la medicación, que resultará verdaderamente *abortiva* si se comienza a usar apenas iniciada la aparición de la placa de erisipela, o mejor todavía antes de que aparezca.

b) Esto me lleva como de la mano a decir dos palabras de la llamada *erisipela latente*; es muy cierto que existen casos de *erisipela sin erisipela*, es decir, sin brote alguno de placa erisipelatosa visible, o siendo ésta de tan tardía aparición que median seis, ocho y más días desde el comienzo de la enfermedad hasta que aparece la manifestación externa (placa erisipelatosa). Tales casos sólo se diagnostican considerando muy atentamente los síntomas de comienzo y desarrollo de la pirexia, y que como de remotos tiempos es sabido son la fiebre alta con escalofrío o sin él, pero con *repetidos vómitos*, y muy constante, penoso y a veces intenso *dolor del cuello*, que queda por ello como envarado, penoso y semi-inmovilizado. En ocasiones, y con sólo estos síntomas evoluciona la infección, justificando bien el título de erisipela latente; otras veces aparece la placa erisipelatosa a los cuatro, seis u ocho días.

Pues bien; en una enferma asistida en mi consulta, y en la que padeciendo de úlcera varicosa de la pierna con erisipelas múltiples anteriores, y en la que se presentó una erisipela latente con los síntomas arriba expuestos, logré la curación en tres días, sin que apareciese la placa erisipelatosa y en ausencia absoluta de todo otro tratamiento. ¿Es que éste impidió que apareciese la lesión cutánea? ¿Es que se trató de un verdadero caso de erisipela latente? Sea lo que fuere, es indudable que sí era erisipelatosa la infección, y que como en tales casos sucede, fué curada prontamente por el carbonato amónico.

c) Aún hay otro caso más interesante todavía, pues que significa y demuestra la acción *profiláctica*, nada menos, del remedio que estamos estudiando.

Una enferma de nuestra Clínica, que ocupó las camas números 77 y 76 en las dos veces que estuvo hospitalizada, sufría unas úlceras varicosas en la región inframaleolar externa del pie izquierdo, y tuvo erisipela del pie y pierna unas cinco o seis veces en el transcurso de seis meses, con la subsiguiente interrupción del tratamiento propiamente dicho de sus ulceraciones, y siendo felizmente combatidos sus ataques de erisipela; como a cada ataque de éstos empeoraban las úlceras, o por lo menos su situación se mantenía estacionaria, decidimos probar si con el empleo constante, continuado sin interrupción del carbonato amónico, evitábamos nuevos ataques de erisipela, y llegábamos, sin más detenciones ni paradas en el tratamiento, a la curación de las úlceras varicosas.

El último ataque de erisipela fué en Noviembre de 1913; en lugar de suspender el uso de la poción de carbonato amónico, ordenamos que continuase tomándola a la dosis de una cucharada cada seis horas, es decir, de cuatro cucharadas al día; pues, en efecto, la enferma curó de sus úlceras, por fin, en Enero de 1914, y fué dada de alta, sin que en ella se hubiese vuelto a presentar el menor síntoma de erisipela. ¿Fué casualidad? ¿Fué debido a que el carbonato amónico ejerció una acción específica, profiláctica? No se puede afirmar ni lo uno ni lo otro, pero ahí queda referido el caso, por si en circunstancias análogas otros quieren seguir igual norma de conducta, y si entonces se alcanzan los mismos resultados, si se evitan los ataques de erisipela en pacientes que la sufrían a menudo, no habrá más remedio que reconocer una acción profiláctica al carbonato amónico en la erisipela. Y así tiene que ser desde el momento en que es un remedio específico contra dicha enfermedad.

d) Ahora una proposición meramente teórica: dado el íntimo parentesco etiológico entre la erisipela y la infección puerperal, ¿por qué no emplear el carbonato amónico en su tratamiento? Creo muy razonable tal deducción, y desearía que los tocólogos no la echasen en saco roto, tratando a sus enfermas con infección puerperal con el carbonato amónico de modo análogo a como se emplea en el tratamiento de la erisipela.

CONCLUSIONES:

- 1.^a El carbonato amónico es un remedio específico contra la erisipela, como la quinina contra el paludismo.
- 2.^a Empleado desde los primeros momentos de la infección, puede realizar una cura abortiva de la misma.
- 3.^a En casos de erisipela recidivante, y usado de modo continuo, ha parecido que goza igualmente de acción profiláctica.
- 4.^a Para el mejor éxito, empleo la pomada de ictiol al 10 por 100 en aplicación sobre las placas erisipelatosas tres veces por día.
- 5.^a Conceptúo esta medicación superior a todas las conocidas para el tratamiento de la erisipela.

E. ALVAREZ SÁINZ DE AJA,

Profesor de número del Hospital de San Juan de Dios de Madrid.

(De la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*).



La mejor máquina de escribir

YOST

Para detalles:

Gerencia - Alfonso I, núm. 5, Zaragoza

PROFESIONALES

LA GUERRA EUROPEA.

Todos los periódicos, revistas y publicaciones del mundo han hecho espacio en sus columnas para ocuparse de la monstruosa contienda actualmente entablada en el corazón de Europa; el acontecimiento es de tal magnitud que bien merece esa preocupación mundial.

Nosotros tampoco podemos pasar en silencio, aunque sólo sea para lanzar nuestra más enérgica protesta, esa siega de vidas humanas decretada en pleno siglo xx por los *superhombres* que sintetizan la cultura, la civilización y el progreso de la época. Cultura... civilización... progreso... ¿será equivocado el concepto que la Humanidad tiene de tales palabras?...

Consignada nuestra protesta por el hecho brutal de dejar a la fuerza de las armas, árbitro de la razón, una consecuencia y un recuerdo u homenaje, es lo único que podemos examinar desde nuestro punto de vista. La consecuencia es la falta que muy pronto observaremos de muchos medicamentos de fabricación alemana que invadían el mercado y la terapéutica españoles; los pedidos de los Farmacéuticos son ya servidos incompletos por los droguistas; no pasará mucho tiempo sin que lleguemos a carecer de la mayoría de los productos que acostumbramos a prescribir diariamente, y por la guerra nos veremos precisados a variar nuestro arsenal terapéutico, a recordar olvidadas fórmulas y quién sabe si a tener que circunscribirnos a la pretérita medicación galénica, a los cocimientos, infusiones y opiatas que tan perfectamente conocían nuestros abuelos.

El recuerdo, el homenaje, es el que se merecen nuestros compañeros de profesión que, ya en el campo de batalla, ya en los hospitales y ambulancias, cumplen sus sagrados deberes. Rescatando vidas, aliviando dolores, son lo único humanitario y consolador en medio del sin fin de calamidades originadas por la guerra. De estos héroes nadie se acuerda. Nosotros, muy gustosos, les rendimos el homenaje del recuerdo, teniendo presente su improbable trabajo, su meritísima labor, y les deseamos un feliz término de la campaña, habiendo sido respetados por las balas y por los bacilos.

¡Pensando en vosotros nos convencemos de que la Clase Médica tiene derecho a exigir el respeto y la consideración de las gentes!

MIGUEL J. ALCRUDO.

Píldoras PIN A base de protooxalato ferroso, cuasina y gen-
 - - - - ciana lútea - - - -
 - El mejor regenerador -
 - - - - de la sangre - - - -

Precio: Pesetas 2'50

Farmacia de MARIANO PIN

Cerdán, 5 y Escuelas Pías, 8, Zaragoza

UN PROYECTO LAUDABLE

El distinguido Secretario de Redacción de *La Clínica Castellana*, doctor D. Pedro Zuloaga, publica en el *Boletín* de dicho periódico, correspondiente al mes de Julio, una sentida biografía del malogrado doctor Gutiérrez, conde de San Diego, que termina con el siguiente proyecto, digno de toda clase de alabanzas:

«No quiero terminar sin dirigir una súplica a la familia, a los ayudantes, a los discípulos, a los amigos y admiradores de D. Eugenio Gutiérrez.

«Yo, el último de todos, me atrevo a proponer lo siguiente: Todos los escritos del maestro, todas sus enseñanzas, todos sus trabajos, andan repartidos por folletos y revistas. Sería de gran utilidad para la Medicina patria publicar reunidos, en uno o varios tomos, todos los trabajos del doctor Gutiérrez, añadiendo a los ya publicados aquellas notas o trabajos interesantes que se encontrasen en esas Memorias que el maestro escribía todas las noches antes de acostarse.

«Sus hijos los ilustrados médicos don Eugenio y D. Juan Antonio, sus ayudantes D. Francisco Botín y D. Juan Acero, que tantos años convivieron con el sabio ginecólogo, la Real Academia de Medicina de Madrid, la Sociedad Ginecológica Española, el Instituto Rubio, la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas* y, en general, toda la Prensa médica española, podían acometer tamaña empresa. *La Clínica Castellana* se ofrece desde luego a colaborar en dicha labor en la forma que se le indique.

«La edición de las obras del maestro podían hacerse por medio de una suscrip-

ción entre sus admiradores y discípulos: desde S. M. el Rey al último de sus agredidos; desde el médico más eminente al último de sus discípulos.

»Y, para terminar, con lo que se recaudase de la venta de dicha edición, fundar un premio anual o bianual que llevase el nombre del Dr. Gutiérrez, para el mejor trabajo que se presentase en los Concursos de dicha Real Academia o de dicha Sociedad Ginecológica, sobre temas de la especialidad que cultivó el ilustre conde de San Diego.

»Con ello, a la vez que se divulgaban estas sabias enseñanzas, haciendo un gran bien a la Humanidad, se contribuía a que los nuevos médicos, estimulados por esos ejemplos, acudiesen a los Concursos en busca del PREMIO DEL DR. GUTIERREZ.

»Es lo menos que todos podemos hacer por el que tanto hizo por todos».

*

HOJAS MÉDICAS, que recibió en su día una atenta carta del Dr. Zuloaga relacionada con este simpático asunto, a la que contestó ofreciéndose, hace un llamamiento a todos los Médicos aragoneses, especialmente a los que se dedican a cuestiones ginecológicas, para que el hermoso proyecto de Zuloaga no quede en el olvido, sino que se le dé vida y vida con carácter de urgencia, a fin de que quede perpetuada la memoria del insigne ginecólogo y se editen sus obras, que han de ser semilla fructífera que engendrará verdaderos ginecólogos españoles.

En la Administración de HOJAS MÉDICAS se recibirán las adhesiones a tan magnífico proyecto.

II CONGRESO NACIONAL

DE SANIDAD CIVIL

Con motivo de la representación al Congreso de la proposición de ley del doctor Albiñana, estableciendo el pago a los titulares por el Estado y la creación del Cuerpo de Sanidad civil, la clase médica española proyecta realizar, el próximo otoño, acudiendo en gran número a Madrid, durante las primeras sesiones de Cortes, una serie de actos importantísimos, cuya resonancia en la opinión y en el Gobierno preste apoyo a la acción parlamentaria de los ilustres firmantes de la proposición, que son los señores Moliner, Lerroux, Vázquez Mella, Melquiades Alvarez, Alba, Salvatella y Senante.

Pensando en la imperiosa necesidad de hacer efectiva esta ayuda, la «Federación Nacional de Sanidad civil» hace un llamamiento a todos los Médicos de España, sin distinción de filiaciones societarias, invitándoles a que concurren a los solemnes actos que para dicha fecha se celebrarán en Madrid con arreglo al siguiente programa:

1.º Segundo Congreso Nacional de Sanidad civil para ratificar colectivamente la adhesión unánime de la clase médica a la proposición presentada, y pedir al Gobierno su inmediata conversión en Ley del Reino.

2.º Gran mitin médico-social en el Teatro Real, en el que serán invitados para que tomen parte los eminentes oradores firmantes de la proposición, Prensa, Corporaciones, personalidades y cuanto signifiquen fuerzas vivas de arraigo en la opinión.

3.º Banquete de honor a los diputados firmantes de la proposición, como justo homenaje de gratitud de la clase médica por su generosa defensa.

4.º Manifestación médico-escolar, en apoyo de las legítimas mejoras sanitarias formuladas en la proposición.

La Comisión organizadora gestionará de las Compañías de ferrocarriles la rebaja del 50 por 100 de la tarifa ordinaria, aplicable a los señores congresistas y sus familias. Asimismo proporcionará a cuantos lo soliciten hospedajes completos a precios reducidos.

La cuota única de congresista se fija en la exigua cantidad de *dos pesetas*, lo mismo para los presentes que para los adheridos.

El propósito de la Federación era concurrir en gran número a las Asambleas provinciales que se anuncian para estos meses de verano; pero por convenir mejor a los intereses de la clase se abstiene ahora de asistir a estas Asambleas, a fin de no malgastar energías en redundantes peticiones aisladas, substituyendo estas reuniones por positivas Juntas de Partido y reservando todas las energías para concurrir a Madrid en el próximo otoño a los grandes actos que se organizan.

Las adhesiones y peticiones de tarjetas deben dirigirse al doctor López Prieto, Secretario de la Comisión organizadora, Oficinas de «La Sanidad Civil», Alcalá, 113 y Apartado, 396, Madrid, antes de 25 de Septiembre próximo.

EL CUERPO DE SANIDAD CIVIL

Al Congreso

El lamentable abandono en que los Municipios españoles tienen a los servicios sanitarios y muy especialmente en lo que respecta al pago de los modestos médicos titulares, a quienes a pesar de cuantas disposiciones ministeriales se han dictado para remediar el daño, se les adeuda por los Ayuntamientos la escandalosa suma de ocho millones de pesetas, hace recordar la angustiosa situación por la que en un tiempo atravesaba la honorable clase del Magisterio primario español, hasta que un gobernante ilustre tuvo la feliz iniciativa de segregarse de los Ayuntamientos la alta función de la primera enseñanza, adscribiendo al Estado la misión de pagar puntualmente sus haberes a los maestros primarios, tantos años abandonados por una detestable administración municipal.

Este triste ejemplo demuestra que, desgraciadamente, la generalidad de los Ayuntamientos se encuentran incapacitados para el ejercicio de la función pedagógica y de la sanitaria. Y como el Estado no puede permanecer impasible ante este abandono en que sus organismos subalternos tienen a las personas y a las cosas encargadas de defender la salud de los ciudadanos, de ahí que se encuentre en el ineludible deber de remediarlo interviniendo eficazmente, ya que por encima de las deficientes actuaciones de los Ayuntamientos está el interés supremo de la Nación, que reclama una perfecta organización del régimen sanitario.

Si a mayor abundamiento se tiene en cuenta que la organización que proponemos no representa ningún nuevo gravamen para el Estado, y considerando que la sanidad local es el fundamento de toda buena organización sanitaria, los Diputados que suscriben tienen el honor de someter a la aprobación del Congreso la siguiente

Proposición de Ley

Artículo primero. Los médicos titulares dejarán de ser empleados de los servicios sanitarios de los Ayuntamientos, como son en la actualidad, pasando a ser funcionarios del Estado con el carácter de Inspectores municipales de Sanidad.

Art. 2.º En los pueblos que hubiese más de un titular, cada uno de ellos ejercerá funciones de Inspector municipal en el distrito de su demarcación, estando subordinados al Inspector más antiguo.

Art. 3.º Con la base de los actuales médicos titulares, como Inspectores municipales; de los Subdelegados, como Inspectores de distrito, y del actual Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad se formará el Cuerpo de Sanidad Civil, respetando los derechos adquiridos.

Art. 4.º Se formará el escalafón del Cuerpo atendiendo a la antigüedad, no pudiendo solicitarse ninguna plaza que no corresponda, bien a la categoría personal, bien a la de la plaza que el solicitante ocupa. Las vacantes que ocurriesen se proveerán por oposición, ingresando por la última categoría.

Art. 5.º Los médicos titulares, que en lo sucesivo se denominarán Inspectores municipales de Sanidad, serán nombrados por el Director general del Ramo, y sus haberes serán pagados por el Estado.

Art. 6.º Al efecto de lo dispuesto en el artículo anterior, el Estado se incautará de las asignaciones que los Ayuntamientos deben satisfacer a los actuales titulares, siempre que sean las que por clasificación les correspondan. En los Ayuntamientos en que no rija dicha clasificación por estar pendiente de recurso, servirá de tipo regulador la cantidad que dicho Ayuntamiento haya consignado durante los cinco últimos años.

Art. 7.º Los Inspectores municipales tendrán a su cargo la asistencia a las fa-

milias pobres, sin percibir por ello más sueldo que el correspondiente a la Inspección.

Art. 8.º La Sanidad local y la libre inspección de establecimientos públicos será de la competencia y responsabilidad exclusivas de los Inspectores municipales, pudiendo éstos ejercer por sí acción coercitiva en caso de transgresión de las disposiciones sanitarias, imponiendo la debida sanción.

Art. 9.º Los Inspectores municipales serán inamovibles, no pudiendo ser separados de sus cargos sino por justa causa, previa formación de expediente con derecho a ser oídos. Estos funcionarios no podrán ser reconvenidos ni juzgados por faltas cometidas en el ejercicio de sus funciones más que por sus superiores jerárquicos.

Art. 10. Con el descuento obligatorio que de los sueldos se acuerde, se formará el Montepío oficial del Cuerpo de Sanidad Civil para la concesión de jubilaciones y pensiones a viudas y huérfanos.

Art. 11. Independientemente del mencionado Cuerpo y para mayor perfeccionamiento de los servicios, funcionará el Cuerpo de Médicos higienistas, con la idoneidad y organización que determine el respectivo Reglamento.

Art. 12. Una Comisión nombrada por el Gobierno se encargará de desarrollar el articulado de esta Ley y de redactar el Reglamento del Cuerpo de Sanidad Civil. Palacio del Congreso, 3 de Julio de 1914.

Francisco Moliner. — Alejandro Lerroux.

Joaquín Sabatella. — Juan Vázquez de Mella. — Santiago Alba. — Melquiades Alvarez. — Manuel Senantes.

NOTICIAS

Los *Progresos de la Clínica* reproduce íntegro, en su número de Julio, el artículo de nuestro director D. Antonio Martín Martínez, titulado «El porvenir del Médico», publicado en el número 5 de nuestra Revista.

Agradecemos la distinción a nuestro querido colega.

*

El día 7 del actual falleció en esta capital el caballeroso señor D. José Pastor Armengol, padre de nuestro compañero de redacción el distinguido médico don Eduardo Pastor Guillén, secretario de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos de la provincia, a quien la redacción en pleno de HOJAS MÉDICAS envía su más sincero pésame.

*

Ha fallecido la madre del reputado Farmacéutico D. José Robert y Soler, autor del producto *Phosphorrenal Robert*.

Reciba nuestro sentido pésame por tan sensible pérdida.

*

Tribunales de oposiciones.

Para juzgar las oposiciones a la Cátedra de Patología general, vacante en la Universidad de Salamanca, ha sido nombrado el Tribunal siguiente:

Presidente, D. Eloy Bejarano, Consejero de Instrucción pública.

Vocales: D. José Grinda, Académico de la Real de Medicina; D. Tomás Maestre, Catedrático de la Universidad Central; D. León Corral, Catedrático de la Universidad de Valladolid, y D. Tiburcio Jiménez García, Doctor del Claustro de Salamanca.

Suplentes: D. José Codina, Académico de la Real de Medicina; D. Antonio Simónena, Catedrático de la Universidad Central; D. Angel Núñez Sampelayo, Catedrático de la Universidad de Salamanca, y D. Eduardo Masip, Doctor del Claustro de Madrid.

*

Para las de la Cátedra de Patología Médica, vacante en la Facultad provincial de Medicina de Sevilla, ha sido nombrado el Tribunal siguiente:

Frente, D. Carlos María Cortezo, Consejero de Instrucción pública.

Vocales: D. Nicolás Rodríguez Abaytúa,

Académico de la Real de Medicina; D. Arturo Redondo, Catedrático de la Universidad Central; D. Ricardo Royo Villanova, Catedrático de la Universidad de Zaragoza, y D. Pedro Sama, Doctor del Claustro de Madrid.

Suplentes: D. Francisco Huertas, Académico de la Real de Medicina; D. Teófilo Hernando, Catedrático de la Universidad Central; D. Miguel Gil Casares, Catedrático de la Universidad de Santiago, y don Enrique Salcedo, Doctor del Claustro de Madrid.

*

Los días 2 y 3 del próximo Septiembre tendrá lugar en Zaragoza la Asamblea regional de médicos titulares de que dimos cuenta en nuestro número anterior. Las sesiones serán de once a una de la mañana y de cuatro a siete de la tarde. A las ocho de la noche del día 3 tendrá lugar el banquete con que los señores asambleístas obsequian a los doctores Albiñana, Moliner, Royo, Almarza y Presidente del Colegio de Médicos. Para detalles, dirigirse a la Secretaría del Colegio, San Miguel, 12 (Aguas Azoadas).

*

De acuerdo con la última voluntad del difunto profesor Dr. Emilio Chr. Hansen y de su señora, se ha inaugurado en Copenhague una fundación, cuyos estatutos recibieron en 1911 la real aprobación para adjudicar cada dos o tres años, desde 1914, una medalla de oro con la imagen del fundador, y 2.000 coronas, cuando menos, al autor de un trabajo microbiológico sobresaliente, publicado en los últimos años en Dinamarca o fuera de ella. Para el año 1914 se piensa premiar el trabajo de microbiología medicinal que comprenda la morfología, biología y el modo de obrar especial de microbios patógenos con respecto al hombre y a los animales.

Forman la Comisión de examen de los trabajos el profesor Dr. Calmette, de Lille; el profesor Dr. Gaffky, de Berlín, y el profesor Dr. Teobalde Smith, de Boston.

Todas las comunicaciones referentes a dicha fundación se dirigirán al Presidente del Comité administrativo, profesor doc-

tor S. P. L. Sorensen, Sección Química del Laboratorio de Blasberg, Copenhague.

*

Se ha dispuesto por Real orden del 18 del actual, publicada en la *Gaceta* del día 21, dejar en suspenso, por ahora, las propuestas de pensiones para ampliar estudios en las naciones de Europa, así como también las de Delegados para Congresos científicos de Europa. El Presidente de la Junta de ampliación de estudios e investigaciones científicas, por los medios que en esta época anormal pueda utilizar, cuidará de poner en conocimiento de los interesados dicha Real orden, advirtiendo que no se les abonará el importe de la pensión sino durante el plazo indispensable para efectuar el viaje de regreso, siempre que este plazo no exceda al que en la orden de concesión quedó fijado. También les será abonada la cantidad correspondiente al viaje de vuelta.

COPIAS A MÁQUINA.—Se reciben encargos en la Administración de HOJAS MÉDICAS. Precios muy económicos.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Los Progresos de la Clínica, en su número de Julio de 1914, publica:

Súmarío del núm. 19:

I. Fracturas y luxaciones del codo, por el doctor D. Ricardo Lozano, Catedrático en la Facultad de Medicina de Zaragoza.

II. Dos casos de hundimiento del fondo de la cavidad cotiloidea, por D. Manuel Bastos Ansart, Profesor auxiliar en la Facultad de Medicina de Madrid.

III. Las leishmaniosis cutáneas.—El botón de Oriente, por el doctor Camacho, de Almuñécar.

IV. Carta abierta, por el doctor A. Gutiérrez, Catedrático en la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

V. Caso clínico: Doble pene. H.^a C.^a de A. Perera. Fots. del Sr. Laso.

VI. Reseña de las sesiones de las Academias y Sociedades médicas.

VII. De nuestro Pensionado en París.

VIII. Revista de la Prensa.

IX. Bibliografía.

Sumario del suplemento:

I. Ventajas que ofrece la suscripción al periódico y mejoras en la Revista para 1914.

II. Disposiciones oficiales.

III. Noticias de interés general.

IV. Partidos médicos vacantes.

V. Correspondencia con los señores suscriptores.

*

La Medicina Práctica.—Revista mensual. Se publica el 15 de cada mes. Director, Dr. José J. Cellier y Ortega. Suscripción, 8 pesetas año. General Valdés, 56, San Fernando (Cádiz).

*

Tuberculosis genital en la mujer, por el Dr. Horno Alcorta (dos ejemplares).

SOLUCIÓN BENEDICTO de glicerofosfato de cal con CREOSOTAL. 2,50 pesetas frasco.

VACANTES

DE TITULARES

—La Cátedra de Patología general, en la Facultad de Medicina de Salamanca, que ha de proveerse por oposición libre. Los ejercicios se verificarán en Madrid con arreglo al Reglamento de 8 de Abril de 1910. Plazo de solicitud, dos meses. (*Gaceta* del día 30 de Julio).

—La Cátedra de Patología médica con su clínica, en la Facultad de Medicina de Sevilla, que ha de proveerse por oposición entre Auxiliares. Plazo de solicitud, dos meses. (*Gaceta* del día 30 de Julio).

ANISOSA (Bicarbonato de sosa anisado). Caja de 150 gramos 0,50 pesetas. En todas las buenas farmacias. Depósito general: doctor Benedicto, San Bernardo, 41, Madrid.

AVISO

Se advierte a los compañeros que lleven intención de solicitar una plaza de médico que se anuncia para prestar los servicios a una Sociedad de la villa de Montalbán,

que el que suscribe, médico titular de la misma y subdelegado del partido, tiene igualados para el año próximo a la mayoría del vecindario; obedeciendo estas disposiciones a rencillas locales y enemistades políticas ajenas por completo al ejercicio profesional. El médico que desee informes más amplios puede dirigirse al referido titular D. Félix Serraller.—Montalbán 15 Agosto 1914.—Félix Serraller.

La de San Antonio Abad (Baleares), villa con Ayuntamiento de 4.263 habitantes, a 16 kilómetros de Ibiza, que es su partido judicial. Carretera a Ibiza. Es puerto de mar. Dotación anual de 750 pesetas. Solicitudes al 31 de Agosto.

—La de Lubián (Zamora), partido judicial de Puebla de Sanabria, por destitución. Habitantes, 1.562; distante 30 kilómetros de la cabeza de partido. Dotación anual, 1.000 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes documentadas, hasta el 8 de Septiembre al Alcalde D. Antolín Rodríguez.

—La de Castrocontrigo (León), partido judicial de La Bañeza, por renuncia. Ayuntamiento de 2.658 habitantes, compuesto de seis pueblos. Castrocontrigo dista 25 kilómetros de La Bañeza, la estación más próxima. Dotación anual, 500 pesetas por la asistencia a 65 familias pobres y las iguales. Las solicitudes, hasta el 13 de Septiembre, al Alcalde don Fructuoso Prieto.

—La de Santa María de los Llanos (Cuenca), partido judicial de Belmonte, por renuncia. Habitantes, 753; distante 10 kilómetros de Belmonte y 20 de Zángara, la estación más próxima. Dotación anual, 750 pesetas por la asistencia de 15 a 20 familias pobres y 1.750 en concepto de iguales. Las solicitudes documentadas, hasta el 13 de Septiembre, al Alcalde D. Agustín Alcázar.

—La de Santa Cruz del Valle (Burgos), villa con Ayuntamiento de 437 habitantes, a 15 kilómetros de Belorado, que es su partido judicial, y 45 de la capital, cuya estación es más próxima. Tiene un agregado, y sus anejos Garganchón, Valmada

y Rábanos que suman un total de 1.012 habitantes, a 2 kilómetros del pueblo matriz los dos primeros, y a 3 el último, con la dotación anual de 1.500 pesetas por Beneficencia y 1.830 pesetas por los vecinos pudientes. Solicitudes al 31 de Agosto.

—La de Huérmeces (Guadalajara), queda vacante, desde el día 1.º de Noviembre próximo, la plaza de Médico titular de esta villa, que con los pueblos de El Atance y Santiuste forman el partido, con el sueldo anual de 750 pesetas de Beneficencia, pagadas de los correspondientes presupuestos municipales, por trimestres vencidos, y 98 quintales métricos y 18 kilogramos de trigo puro, de buena especie, por iguales de los vecinos de los expresados pueblos, pagados en la recolección de cereales. Solicitudes al 8 de Septiembre.

—La de Aragoncillo (Guadalajara), lugar con Ayuntamiento de 463 habitantes, a 17 kilómetros de Molina, que es su partido judicial, y 124 de la capital. La estación más próxima, Salinas de Medinaceli, a 60 kilómetros, y sus anejos Selas y Torremocha del Pinar, con 773 habitantes, vacante desde el 30 de Septiembre próximo, con la dotación de 3.000 pesetas, pagadas por trimestres vencidos de los respectivos Ayuntamientos y libre de toda carga vecinal, distante Selas 5 kilómetros de este pueblo por carretera, y Torremocha 4 kilómetros de carril. Solicitudes al 5 de Septiembre.

—La de Alguerri (Lérida), lugar con Ayuntamiento de 994 habitantes, a 15 kilómetros de Balaguer, que es su partido judicial, cuya estación es la más próxima. Tiene un agregado. Dotada con el sueldo anual de 750 pesetas; los que aspiren a desempeñarla presentarán sus instancias en la Secretaría de este Ayuntamiento. Solicitudes al 8 de Septiembre.

—La de Almacellas (Lérida), lugar con Ayuntamiento de 1.411 habitantes, a 21 kilómetros de la capital, que es su partido judicial. Tiene estación de ferrocarril y un agregado, dotada con el sueldo anual de 1.500 pesetas anuales, se anuncia por medio del presente su provisión. Los aspirantes a ella podrán presentar sus instancias documentadas en la Secretaría de este

Ayuntamiento. Solicitudes al 8 de Septiembre.

—La de Boalo (Madrid), partido de Colmenar Viejo, clasificada en cuarta categoría. Tiene 465 habitantes y 25 familias pobres. El titular ha de recorrer de cuatro a seis kilómetros por buen terreno.

—La de Barba de Puerco (Salamanca), villa con Ayuntamiento de 770 habitantes, a 30 kilómetros de Ciudad Rodrigo, que es su partido judicial, y 90 de la capital. La estación más próxima, Lumbrales, a 13 kilómetros, y su anejo Bouza, que tiene 365 habitantes, por renuncia, dotada con el sueldo anual de 1.000 pesetas. Debiendo residir en este pueblo, el agraciado podrá contratar con los vecinos pudientes de ambos pueblos, que son próximamente 200, su asistencia médica, y además existe puesto de Carabineros y Aduana de Bouza. Solicitudes al 8 de Septiembre.

—La de Morón de Almazán (Soria), villa con Ayuntamiento de 986 habitantes, a 13 kilómetros de Almazán, que es su partido judicial, y a 38 de la capital. Tiene estación de ferrocarril, vacante por terminación de contrato, dotada con el sueldo anual de 250 pesetas. Además podrá contratar las iguales de las clases pudientes de los vecinos de esta villa, su barrio Señuela y pueblos de Cabanillas, Alentisque, Momblona, Soliedra, Escobosa, Negrillas, Borchicayada, Coscurita, Centenera, Torremediana y Sauquillo, que, a razón de 12 pesetas cada vecino, ascienden a la cantidad de 6.500 pesetas, cobradas por el facultativo al tiempo de la recolección de cereales de cada año. Los pueblos asociados suman un total de 2.194 habitantes. Solicitudes al 7 de Septiembre.

—La de Castilfrío (Soria), lugar con Ayuntamiento de 265 habitantes, a 25 kilómetros de la capital, que es su partido judicial, y cuya estación es la más próxima, y los distritos municipales de Aldealices, Aldealseñor, Cuéllar de la Sierra y Estepa de San Juan, distante el que más cuatro kilómetros, vacante por traslado, con la dotación anual de 200 pesetas. Igualmente se halla vacante la asistencia de dicha facultad a las familias pudientes de este partido, que lo constituyen los pue-

blos anteriormente expresados, con el sueldo anual de 2.800 pesetas, satisfechas por los vecinos en 29 de Septiembre de cada un año. El agraciado disfrutará de casa libre y estará exento de todo pago por la caballería que tuviere. Los pueblos asociados tienen unos 587 habitantes. Solicitudes al 27 de Agosto.

—La de Chéroles (Soria), lugar con Ayuntamiento de 360 habitantes, a 22 kilómetros de Almazán, que es su partido judicial, y 56 de la capital; tiene estación de ferrocarril a tres kilómetros, y su anejo Puebla de Eca, con 260 habitantes, vacante por terminación de contrato, con el sueldo anual de 50 pesetas por beneficencia y 270 fanegas de trigo puro, que producen las iguales. Por ambos pueblos atraviesa el ferrocarril de Valladolid a Ariza, con estación en el pueblo matriz, pudiendo el profesor contratar la asistencia facultativa libremente con los empleados de dicha línea, todo lo cual puede producirle próximamente 200 pesetas. Solicitudes al 8 de Septiembre.

—La de Matalebreras (Soria), con el sueldo de 500 pesetas anuales, satisfechas por semestres vencidos del presupuesto municipal. También se anuncia la asistencia a las familias acomodadas, por cuyos servicios percibirá el profesor la cantidad de 2.000 pesetas anuales, satisfechas semestralmente por la Comisión de vecinos responsables, teniendo además el facultativo a su favor la iguala de los peones camineros. Este pueblo no tiene anejo alguno, cuenta 577 habitantes, hay carretera con dos coches diarios, se reciben dos correos y la vida es muy económica; dista 40 kilómetros de la capital de la provincia y 10 de Agreda. Solicitudes al 25 de Agosto.

—Villafranca del Campo (Teruel), lugar con Ayuntamiento de 1.048 habitantes, partido judicial de Alcañiz; tiene estación de ferrocarril. Los pueblos de Bueña y Singra tienen 354 y 457 habitantes, con los que el agraciado podrá contratar sus servicios con los vecinos. Solicitudes al 6 de Septiembre.

—Por dimisión se halla vacante una de las tres titulares de Caspe (Zaragoza), con el sueldo anual de 2.000 pesetas consigna-

das en el presupuesto municipal. Los aspirantes dirigirán sus solicitudes a esta Alcaldía. Ciudad de 8.893 habitantes, cabeza de partido judicial, situada a 112 kilómetros de la capital. Tiene estación de ferrocarril. Solicitudes al 30 de Agosto.

—La de Tinajas (Cuenca), partido judicial de Huete. Habitantes 990; distante 22 kilómetros de Huete, la estación más próxima. Dotación anual 350 pesetas por la asistencia a 25 familias pobres y las iguales. Las solicitudes documentadas hasta el 4 de Septiembre al alcalde D. Luis Carrasco.

—La de San Cebrían de Mazote (Valladolid), partido judicial de Mota del Marqués. Habitantes 668; distante 5 kilómetros de la cabeza de partido. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 5 de Septiembre al alcalde.

—La de Cutanda (Teruel), partido judicial de Montalbán. Habitantes 612; distante 40 kilómetros de Montalbán y 11 de Calamocha, la estación más próxima. Dotación anual 3.000 pesetas por la asistencia a todo el vecindario. Las solicitudes hasta el 5 de Septiembre al alcalde.

—La de Eneriz y sus anejos Adios y Ucar (Navarra), partido judicial de Pamplona—de nueva creación—. Habitantes de los tres pueblos 1.106. Eneriz dista 22 kilómetros de Pamplona y 7 de Campanas, la estación más próxima. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 2.250 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 6 de Septiembre al alcalde D. Francisco Ayesa.

—La de Villán de Tordesillas y su anejo Robladillo, situado a 2 kilómetros (Valladolid), partido judicial de Tordesillas. Habitantes 280; distante 21 kilómetros de Valladolid, la estación más próxima. Dotación anual 810 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 7 de Septiembre al alcalde D. Francisco González.

—Una de Almonte (Huelva), partido judicial de La Palma, por defunción. Habitantes 7.500; distante 16 kilómetros de La Palma, la estación más próxima. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia a las

familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 8 de Septiembre al alcalde D. Francisco Espinosa.

—La de Caminreal (Teruel), partido judicial del mismo, por defunción. Habitantes 1.127. Dotación anual 1.000 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 1.500 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 8 de Septiembre al alcalde D. Santiago Esteban.

—La de El Casar de Escalona (Toledo), partido judicial de Escalona, por renuncia. Habitantes 1.278; distante 16 kilómetros de Escalona. Dotación anual 1.000 pesetas por la asistencia a 50 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 8 de Septiembre al alcalde D. Justo Acuña.

—La de Sondica (Vizcaya), partido judicial de Guernica, por renuncia. Ayuntamiento de 783 habitantes, compuesto de seis pueblos. Dotación anual 500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 9 de Septiembre al alcalde D. Pablo de Camiragua.

—La de Rozas de Puerto Real (Madrid), partido judicial de San Martín de Valdeiglesias. Habitantes 750; distante 11 kilómetros de San Martín y 20 de Villa del Prado, la estación más próxima. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a 75 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 10 de Septiembre al alcalde D. Tomás Sánchez.

—La de Sisamón y su anejo Cabolafuente, situado a 3 kilómetros (Zaragoza), partido judicial de Ateca, por renuncia. Habitantes de los dos pueblos 954. Sisamón dista 26 kilómetros de Ateca y 16 de Ariza, la estación más próxima. Dotación anual 3.000 pesetas por la asistencia a todo el vecindario, pagadas por trimestres vencidos, saliendo responsables al pago los Ayuntamientos y mayores contribuyentes de ambos pueblos. Las solici-

tudes hasta el 10 de Septiembre al alcalde D. Joaquín Hernández.

—La de Aranguren (Navarra), partido judicial de Aoiz, por estar servida interinamente. Ayuntamiento de 912 habitantes, compuesto de nueve pueblos. Labiano, cabeza de Ayuntamiento, dista 19 kilómetros de Aoiz. Dotación anual 500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 2.875 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 11 de Septiembre al alcalde D. Fermín Larrainzar.

—La de Hontanaya (Cuenca), partido judicial de Belmonte, por terminación de contrato. Habitantes 970; distante 24 kilómetros de Belmonte y 46 de Tarancón, la estación más próxima. Dotación anual 700 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 2.100 a 2.200 en concepto de iguales. Las solicitudes documentadas al alcalde D. Salustiano Pinedo.

—La de Martín Muñoz de la Dehesa (Segovia), partido judicial de Santa María de Nieva, por defunción. Habitantes 286; distante 26 kilómetros de Santa María de Nieva y 3 de Arévalo, la estación más próxima. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes documentadas hasta el 11 de Septiembre al alcalde D. Ventura Lázaro.

—Seis de La Unión (Murcia), partido judicial de su nombre. Habitantes 30.000; distante 74 kilómetros de Murcia y 10 de Cartagena, la estación más próxima. Dotación anual 1.000 pesetas anuales y una gratificación para gastos de carruaje, también anual, de 600 pesetas para los distritos segundo, tercero y quinto; 687 para los del cuarto y sexto, y de 125 para el distrito correspondiente a la Diputación de Portmán. Las solicitudes documentadas hasta el 11 de Septiembre al alcalde don Fernando Bueno.



Correspondencia administrativa

ADVERTENCIA

Se ruega a los señores suscriptores que, si algún error apareciese en la presente Lista, lo avisen a esta Administración, con el fin de no entorpecer la buena marcha de la misma.

Suscriptores a "Hojas Médicas," durante el segundo semestre del año actual (1914)

- | | |
|--|--|
| D. Juan Bregante, Casetas. | D. Félix Sebastián, Letux. |
| » Eduardo Chamorro, Villamayor. | » Blas Anadón, Azuara. |
| » Julio Asirón, Garrapinillos. | » Juan Andrés Marín, Letux. |
| » Amadeo Mené, Montañana. | » Germán Vaquero, Moyuela. |
| » Federico Gimeno, Monzalbarba. | » Antonio Moreno, Codo. |
| » Ignacio Díaz Arcaya, San Juan de Mozarrifar. | » Amadeo Foz, Lécera. |
| » Fernando Lafuente, Moros. | » Angel Oliván, Villar de los Navarros. |
| » Francisco Calvo, Ateca. | » Gregorio Casamayor, Azuara. |
| » Miguel Bayo, Monterde. | » Joaquín Saldaña, Gallur. |
| » Adolfo Navarro, Alhama de Aragón. | » Manuel Cuartero, Magallón. |
| » Mariano Gasca, Idem. | » Luis Ortega, Borja. |
| » Francisco Trigo, Ariza. | » Jacinto Jané, Luceni. |
| » Ignacio Cerezo, Idem. | » Salvador Puncel, Mallén. |
| » Delfín Vellilla, Torrijo de la Cañada. | » Delfín Vicens, Boquiñeni. |
| » León de Gregorio Urquía, Ibdes. | » Faustino Navarro, Gallur. |
| » José Martínez Vicente, Carenas. | » José Solans, Bulbueite. |
| » Braulio García Uña, Villalengua. | » Rafael Rabinal, Fuendejalón. |
| » Emilio Cenzano, Idem. | » Santiago M. Puyuelo, Borja. |
| » Clemente Azpeitia, Alhama de Aragón. | » Tomás Zaro, Idem. |
| » Esteban Osete, Alconchel. | » José Royo, Agón. |
| » Jacinto Traín, Aniñón. | » Víctor Mendivil, Ainzón. |
| » Domingo Vellilla, Bijuesca. | » Teodoro M. Domeneque, Pozuelo. |
| » Mariano Bayo, Bordalba. | » Pedro Anadón, Tabuenca. |
| » Vicente Urdáñez, Bubierca. | » José Naya Sala, Bisimbre. |
| » Luis Núñez, Cetina. | » Florencio Llanas, Calatayud. |
| » Manuel Alonso, Jaraba. | » Francisco Gaspar, Idem. |
| » Tomás Antón Liñán, Cervera de la Cañada. | » Hipólito de Noarbe, Idem. |
| » Germán Burbano, Nuévalos. | » Francisco Pastor, Villalba. |
| » Ricardo García, Clarés. | » Cecilio Hernández, Torralba de Ribota. |
| » Miguel Sebastián, Belchite. | » Víctor Marzol, Paracuellos. |
| | » José Torner, Mesones. |
| | » Miguel Martínez, Jarque. |

- D. Eugenio Martínez, Arándiga.
 » Eduardo Sáinz, Cariñena.
 » Isidro Navarro, Idem.
 » Cipriano Esteban, Codos.
 » Mariano Lozano, Encinacorba.
 » José Fraile, Cosuenda.
 » Rafael Lamarque, Longares.
 » Orencio Ambroj, Villanueva del Huerva.
 » Manuel Copóns, Mequinenza.
 » Jaime Cardiel, Chiprana.
 » Rafael Lozano, Fabara.
 » Ramón Sancho, Chiprana.
 » Gerardo Alpuente, Nonaspe.
 » Justo Mata, Escatrón.
 » Jaime Vallespí, Fayón.
 » Eduardo Muros, Maella.
 » Francisco Ratia, Mainar.
 » Hilario Rubio, Manchones.
 » Carlos Mateo, Villanueva de Jiloca.
 » Antonio Maicas, Atea.
 » Arsenio Forniés, Villarreal.
 » Santiago Adán, Pradilla.
 » Teodoro Mayayo, Biota.
 » Antonio Burbano, Alagón.
 » Francisco Marco, Pinseque.
 » Ramón Franco, Morata.
 » Francisco Martínez, Alfamén.
 » Andrés Gutiérrez, Idem.
 » Francisco Antonio de Blas, Alpartir.
 » Arsenio Diago, Lumpiaque.
 » Dalmacio Morera, Urrea de Jalón.
 » Guillermo Gil, La Almunia.
 » Mariano Lorón, Cabañas.
 » Domingo Cirizuelo, Farlete.
 » Juan B. Brea, La Almolda.
 » Pedro Arilla, Quinto.
 » Ricardo Cobo, Osera.
 » Antonio Viamonte, Fuentes de Ebro.
 » Luis Aznárez, Pina.
 » Juan Cruz Abenia, Quinto.
 » Benito Garoña, Velilla de Ebro.
 » Faustino Zorraude, Villafranca de Ebro.
 » Alvaro Sáinz, Gelsa.
 » Francisco Martínez, Monegrillo.
 » Enrique Gonzalvo, Nuez.
- D. Julio Serrano, Salvatierra.
 » Ramiro Lon, Biel.
 » Benjamín Usón, Lobera.
 » Valero Rubio, Tiermas.
 » Esteban Fuertes Machín, Sos.
 » Antonio Labayeu, Luesia.
 » Ricardo Vives, Uncastillo.
 » Francisco García, Sos.
 » Patricio López, Uncastillo.
 » Arturo Pérez, Sádaba.
 » Serafín Navarro, Idem.
 » Valentín González, Vera.
 » Desiderio Basurte, Tarazona.
 » Sotero Ilarri, Novallas.
 » Emiliano Latorre, Tarazona.
 » Alejandro Barles, Huesca.
 » Eduardo Calleja, Idem.
 » Vicente M. Romera, Idem.
 » Rafael Gil, Idem.
 » José Ribera, Idem.
 » Anselmo Llanas, Idem.
 » Roberto Cordovés, Teruel.
 » Julián García, Idem.
 » Pío Romeo, Huesca.
 » Manuel Millaruelo, Idem.
 » Antonio Marcellán, Idem.
 » Enrique Monreal, Idem.
 » Julio Sanz, Teruel.
 » Rogelio Martín, Idem.
 » Francisco Piquer, Idem.
 » Vicente Muñoz, Idem.
 » Jesús Remón, Idem.
 » Antonio Jaray, Tarazona.
 » Florentino Muñoz, Idem.
 » Diego Burbano, Torrellas.
 » Julián Vililla, Villanueva de Gállego.
 » Mariano Marín, San Mateo de Gállego.
 » Enrique Gonzalvo, Juslibol.
 » Alfredo Bono, Puebla de Alfindén.
 » V. Enrique Olivito, Perdiguera.
 » Vicente Coscolla, Alfajarín.
 » Juan Broca, Utebo.
 » Mariano Banzo, Torres de Berrellén.
 » Bernardo Jiménez, Sobradiel.
 » Tomás Tobajas, María.

(Se continuará).



DR. FRANCISCO OLIVER

MEDICINA

ALGUNAS NOTAS SOBRE AUTOSUEROTERAPIA.

Con frecuencia aparecen en los periódicos profesionales novedades terapéuticas que siempre debemos mirar con cierta reserva, y sobre todo, cuando los fundamentos científicos pueden servir como argumento a su interés comercial, si siempre hay que ser muy cauto y prudente en Medicina, tenemos que serlo mucho más en el uso de la avalancha de productos químicos con que la industria moderna invade constantemente la Farmacia y nos halaga con sus buenos resultados.

Parece ser que actualmente la terapéutica camina con tendencia marcadamente racional, y abandonando antiguas hipótesis y falsas teorías empíricas se fundamenta en los hechos científicos observados con un criterio amplio, desprovisto de todo convencionalismo y procura aproximarse a la única terapéutica, a la fundada en las defensas y reacciones orgánicas; por eso a la terapéutica química y aun a la física y mecánica se impone actualmente la terapéutica fisiológica, y la sueroterapia y la vacunoterapia van poco a poco ganando terreno, y son ya múltiples las enfermedades y procesos que mejoran o se curan con estas prácticas; desde la viruela, tifoidea y demás procesos infecciosos, hasta las enfermedades de la piel y de los bronquios, se puede pasar revista a una numerosa serie de procesos que, tratados por los mismos productos biológicos que las producen o determinan, encuentran positiva mejoría o curación.

No pretendemos hacer un estudio de la sueroterapia y vacunoterapia en general, pues se comprende es asunto que no puede desarrollarse en los estrechos límites de nuestra Revista; únicamente queremos aportar algunos datos de una cierta modalidad de la sueroterapia, que por no haberse ensayado lo bastante no da todos los buenos resultados que de ella pudieran esperarse; me refiero a la autosueroterapia y autovacunoterapia en ciertas enfermedades, procedimientos terapéuticos que actualmente no se usan por la mayoría de los prácticos.

La técnica consiste en inyectar al enfermo los mismos productos patológicos que en su enfermedad se forman, y como veremos, son distintos a las distintas enfermedades en que se emplean.

Los primeros datos que yo he podido encontrar se refieren a una comunicación oficial presentada por el doctor D. Ricardo Royo al Congreso Internacional celebrado en Madrid el año 1904; en esta comunicación, el doctor Royo expuso la historia clínica de varios enfermos afectos de hepatitis crónica (cirrosis atrófica tipo Laennec), que tratados por la inyección de algunos centímetros cúbicos de líquido extraído del abdomen, mejoraron considerablemente, tanto, que en algunos de ellos podría hablarse de curación.

En su libro de *Maladies del Estomac*, Mongour cita entre la bibliografía una nota de Roup Villaur, publicada en el *Jurado Médico-Farmacéutico* referente a la misma práctica.

El Dr. Ejarque, de Zaragoza, publicó en *La Clínica Moderna* en 1905 la interesante observación de un enfermo (a quien yo conocí personalmente) en el cual la práctica de la autosueroterapia mejoró de tal manera que durante

una larga temporada se podía dar como curado. Mongour, en el Congreso de Burdeos, presentó también una comunicación; Audiberg comunicó a la Sociedad de Biología de París, en 1905, una nota referente a la sueroterapia en la cirrosis; M. Jaunet, en Noviembre del mismo año, presentó en la Sociedad de Medicina de Amiens varios casos con éxito terapéutico en las cirrosis; Monreau, de Petrogrado, publicó en la *Presse Medicale* un interesante artículo referente a la autoplasmoterapia en los derrames de la pleura; el profesor Pson practica también las inyecciones sin obtener resultado; Roque y Cardier, de Lyon, publicaron en la *Presse Medicale*, en 1910, sus observaciones, una de cáncer de estómago y ascitis cancerosa en período caquético, y no obtienen ningún resultado favorable; otra de un enfermo de insuficiencia mitral y ascitis; otro de tuberculosis y también muere; últimamente tres enfermos de cirrosis atrófica: en uno obtienen mejoría, en el otro ningún resultado y el tercero muere a los cuatro meses. Es de notar, dicen los autores, el mal estado de todos estos enfermos y las malas condiciones orgánicas en que se encontraban.

Esta práctica que, como se ve, viénesse ya usando en las cirrosis y pleuropatías desde hace algunos años, se ha intentado recientemente extenderla a otra clase de padecimientos y, con el nombre de autosueroterapia, se usan en las más diversas enfermedades procedimientos terapéuticos que, fundamentados en una idea directa común, difieren notablemente entre sí desde el punto de vista de la técnica empleada; así vemos que lo que antes sólo consistía en inyectar líquido extraído de la pleura o de la cavidad peritoneal, se ha ampliado por ciertos autores a inyectar el líquido de una flicтура de la piel o inyectar sangre después de haberla centrifugado y calentado a 55°; esta es la verdadera autosueroterapia tal como la practican B. Spiethoff y Henk en los enfermos de la piel, especialmente en el pénfigo y en la urticaria; en estas enfermedades, según los citados autores, es sorprendente ver después de las primeras inyecciones desaparecer la erupción y el prurito. En los pruritos generalizados localizados, los resultados no son menos notables, especialmente en el prurito vulvar.

La técnica para practicar estas inyecciones es sencillísima; sólo consiste en tomar de una vena, mediante aspiración, una cierta cantidad de sangre, se deja sedimentar en un tubo de ensayo, se extrae el suero mediante una jeringa, se calienta a 55° y se inyecta en la piel del muslo 1 cc.

No sólo en las enfermedades de la piel se ha usado el nuevo método; M. H. Ducan dió a conocer en 1914, en el *Medical Record* y en el *New York Medical Revue*, un nuevo método para la curación de las enfermedades de las vías respiratorias en las cuales había en gran secreción una verdadera broncorrea. El método, tal como su autor lo dió a conocer, es el siguiente:

Se toman 4 gramos de los productos espectorados por el mismo paciente y se diluyen en 31 gramos de agua destilada, se mezcla y se agitan frecuentemente y dejarlo así durante veinticuatro horas, filtrarlo todo después por una bujía Berkefeld e inyectar 0'12 cc. del producto filtrado.

No debe hacerse una segunda inyección hasta después de que el enfermo haya tenido una nueva crisis; en los enfermos de bronquitis crónica el retorno de los síntomas suele ocurrir a los tres o cuatro días; de todos modos, el estudio del enfermo proporcionará datos para la repetición de la inyección; no obstante, en algunos casos ha sido suficiente una única inyección para curar una bronquitis en las veinticuatro primeras horas.

H. Ducan establece diferentes modificaciones cuando la urgencia del caso impone una inyección lo más pronto posible; en este caso se puede acortar el tiempo que el producto esté en maceración, triturando en un mortero la

cantidad de esputo con arena lavada o con machacaduras de vidrio; una vez hecho esto, la mezcla debe ser agitada y filtrada por la bujía de Berkefeld; 0'12 deben ser inyectados en el tejido celular.

La reacción que se presenta en estos casos suele ser pasajera y muy débil, no pasando el termómetro de 39°; en algunos casos se presenta un escalofrío a las seis horas.

Esta práctica se ha extendido por el Norte de América y sus resultados son, a juzgar por las publicaciones, altamente satisfactorios.

En los procesos quirúrgicos, traumatismos, heridas infectadas, etc., Ducan recomienda ingerir, diluída en el agua o mezclada con azúcar, parte de los líquidos exhalados de las heridas, y hasta en la septicemia puerperal aconseja retirar por expresión un centímetro cúbico del pus que retiene una gasa, y que lo tome la enferma mezclado con agua y azúcar.

Este tratamiento asegura Ducan que da buen resultado y además no excluye el empleo de los otros medios curativos.

Ravant ha propuesto recientemente la llamada autohematoterapia; consiste en tomar sangre de un enfermo e inyectársela tal como sale de paso, sin esperar a que se forme coágulo.

Parece que este método da resultado en otras enfermedades como la tifoidea y la fiebre de Malta.

Difícil es que podamos dar una explicación que satisfaga por completo sobre la manera de obrar de este procedimiento, que, como hemos visto, se ha ensayado con éxito, sobre todo en las pleuresías y derrames peritoneales; en las primeras, tal vez pudiera explicarse, teniendo en cuenta la naturaleza tuberculosa: los efectos favorables no serían más que el resultado de una vacunación que obrase, como dice Wriglh, excitando la formación de productos bactericidas.

Conocida es la teoría de Wriglh expuesta por este autor cuando dió a conocer sus resultados en la vacunación antiestafilocócica; dice Wriglh que cuando un organismo sufre una infección y los productos o toxinas bacterianas no impresionan en grande escala a este organismo, no puede reaccionar enérgicamente, así en los casos de gonococia, estafilococia, artritis tuberculosas, pleuresías de la misma naturaleza, es preciso, para curar estos procesos, impresionarlos enérgicamente con los mismos agentes que determinan la enfermedad, para que de este modo, respondiendo a este insulto, formen anticuerpos que neutralicen los productos secretorios de las bacterias; así explica Wriglh los buenos resultados obtenidos en las estafilococias con la vacunación; idéntico mecanismo podríamos invocar nosotros para explicarnos los buenos efectos de la autoplasmoterapia en las pleuresías, pensando que el líquido extraído mediante punción de la cavidad pleural podría contener en disolución ciertas substancias de naturaleza o procedencia microbiana que, inyectadas, obrarían como verdaderas vacunas; en los casos de cirrosis algunos autores explican la mejoría por una ingeniosa teoría de tensiones osmóticas, pero en muchos casos podría aplicarse la misma teoría en las pleuresías, teniendo en cuenta la frecuencia con que se observan en el peritoneo de los cirróticos las lesiones tuberculosas que explican, además de la obstrucción de la porta, la existencia de la ascitis, y lo frecuente que es la implantación del bacilo de Koch en los cirróticos (Bertillon, *Revue d' Hygiene*, 1911), se comprenderá lo racional que es pensar de este modo.

En las enfermedades de la piel y de los bronquios y en los procesos quirúrgicos, la inyección de substancias que impresionan al organismo y le obligan a formar anticuerpos, producen un aumento de las defensas que pueden curar al enfermo.

Nosotros hemos utilizado esta práctica en varios enfermos y relataremos las siguientes observaciones clínicas:

V. Ch., de 24 años, sufre una pleuresía con derrame en el lado izquierdo; se le practica la toracentesis, y analizado el líquido por el Dr. Ferrer Vicens se observa: una gran cantidad de leucocitos, linfocitos mononucleares y algunos glóbulos rojos, gran cantidad de fibrina, no hay gérmenes ni se descubre el bacilo de Koch. La punción se practicó en cuatro ocasiones durante los meses de Febrero y Marzo y seguidas de inyección 15 c. c. de líquido; el derrame no se ha reproducido y actualmente la enferma puede dedicarse a todas sus funciones.

Obs. II. Se trata de un hombre de sesenta y dos años, natural de Utebo, que ingresó en la Clínica Médica del Prof. Royo, en el curso de 1913 a 1914; sufre una cirrosis atrofica de hígado y, entre los antecedentes, los hábitos alcohólicos. Se le practica la paracentesis, y del líquido extraído se le inyectan 20 cc. después de haber sido esterilizado a 55°; a los dieciocho días se le hace una segunda punción e inyección; a los treinta días, otra, también con inyección, y después de ésta el líquido se reproduce en muy pequeña cantidad.

Hace pocos días tuve ocasión de ver a este enfermo y no había aumentado el líquido ascítico. En la Clínica estuvo sometido a dieta láctea y teobromuria; nada de ioduros ni calomelanos.

Obs. III. Otro hombre, de Epila, con cirrosis atrofica y un foco de broncopneumonía al lado izquierdo. El líquido ascítico dió positiva la reacción de Rivalta. Se le practicó la punción y las inyecciones dos veces, mejorando, y salió de la Clínica sin acabar de curarse por tener que clausurarse el curso. No hemos tenido más datos después de su salida.

Obs. IV. Recogida en la Clínica del Prof. Simonena ingresó en el mes de Marzo de 1911, habiendo sufrido una tifoidea; se sentía enferma en el mes de Marzo de 1909, aumentándole el volumen del vientre; en su pueblo le practicaron una paracentesis.

En la Clínica se le ha hecho la oftalmorreacción con resultado negativo; se le practicó una punción el 23 de Abril de 1911; el líquido dió negativa la reacción de Rivalta, y la inoculación a los conejos también fué negativa. El 15 de Mayo hubo necesidad de practicarle una segunda punción, extrayéndole doce litros; durante los meses de Marzo y Abril se le han practicado veinte inyecciones del líquido ascítico, no habiendo conseguido ningún resultado, puesto que la enferma sigue con su ascitis y perdiendo en su estado general.

Obs. V. Observación recogida en la Clínica del Dr. Simonena: Se trata de una mujer con antecedentes alcohólicos; el líquido extraído del abdomen dió positiva la reacción de Rivalta y fueron también positivas la oftalmorreacción a la tuberculina y la inoculación a un cobayo; en esta enferma las inyecciones del líquido ascítico produjeron la reabsorción de la totalidad del derrame, saliendo la enferma completamente curada.

En este caso seguramente se trata de una tuberculosis peritoneal, de forma ascítica, aunque no fuera nada extraño que, dados sus antecedentes alcohólicos, su hígado no estuviese completamente normal.

Obs. VI. Enferma de la Clínica del Dr. Royo: Una enferma de peritonitis tuberculosa, en muy mal estado, con temperaturas altas; ensayamos también la autoplasmoterapia, sin ningún resultado; la enferma falleció en la Clínica.

DR. FRANCISCO OLIVER,

Profesor Auxiliar de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

SEMEIÓTICA

LOS SIGNOS FÍSICOS EN LAS AFEC- — CIONES BRONCOPULMONARES. —

Invitado por algunos de los distinguidos amigos y colegas que constituyen el selecto grupo de redactores de HOJAS MÉDICAS para prestar mi modesta colaboración en su Revista, he procurado complacerles sin más propósito que corresponder a su atención y sin otras pretensiones que exponer algunas consideraciones clínicas que me han sugerido el sinnúmero de enfermos del aparato respiratorio que he observado en mis años de práctica rural. Huelga decir que nada han de enseñar a mis colegas, puesto que proceden de quien carece de títulos para ejercer de maestro y únicamente serán de alguna utilidad para los estudiantes y para los apenas iniciados en la clínica respiratoria, por ser siempre ellas el fruto de una experiencia que, aun siendo modesta, puede resultar provechosa.

No creo pertinente recordar los signos físicos, especialmente los estetoscópicos, que se presentan en las afecciones broncopulmonares; son auscultados en su mayor parte por todos los médicos en la práctica diaria, y los raros y excepciones se hallan bien descriptos en casi todos los tratados de Medicina. Voy a estudiarlos, especialmente en cuanto a su valor diagnóstico y pronóstico, y entremezclaré en algunos de ellos la génesis o mecánica de su producción.

A modo de premisa debemos reconocer que en sí los signos estetoscópicos traducen únicamente el estado físico del árbol respiratorio, modificado en su superficie o en su estructura por las alteraciones patológicas, pero sin alcance patognomónico que permita ante ellos, *ipso facto*, diagnosticar la especie nosológica de que se trata. Y ocurre con los signos estetoscópicos lo mismo que con otros suministrados por distintos medios físicos de exploración: percusión, palpación, radiografía, etc., etc. Por sí solos no bastan para irradiar luz suficiente en el campo de la diagnosis más que en un número restringido de casos. ¿Podrá una matidez pulmonar, como síntoma único, revelar la pneumonía? De ningún modo, porque no constituye el síntoma inequívoco de tal enfermedad, y aunque puede resaltar en la práctica como síntoma fundamental de la pneumococia alveolar, rodeado de pequeño cortejo de síntomas apagados, no podrá el observador basar el diagnóstico en él, a pesar de su relieve, si no descubre los secundarios que le son anexos y excluye diferencialmente otras lesiones de condensación o hepatización pulmonar. Lo mismo ocurre con los signos de que voy a ocuparme con mayor predilección. Los estertores, por ejemplo, y elijo los más sencillos, los roncus de las primeras ramificaciones bronquiales, indican lesiones catarrales de la mucosa con extenosis ligera, consiguiendo de la luz bronquial, mas para adjetivar ese catarro es preciso atender a otros síntomas que marquen su especificidad y permitan incluirlo en las traqueobronquitis banales, en las tíficas, en las gripales, en las concomitantes de infecciones broncopulmonares bajas, etc. Y en otros casos hallaremos estertores mucosos, diseminados,

que ni siquiera reflejan la verdadera lesión principal y responsable, pues analizando la orina de tales enfermos descubriremos intensa albuminuria y, entonces, la lesión renal causante de aquellos estertores de edema pulmonar ligero. En este orden analítico llegamos a los estertores más finos de cuantos puede percibir el oído, a los que injustamente se ha considerado como patognomónicos de la neumonía, a los crepitantes o estertores secos alveolares, y a poco que reflexionemos sobre las condiciones necesarias para su producción, caerá por su base el edificio levantado en holocausto suyo como signos característicos de aquella infección pulmonar. Ante todo debo anotar mis múltiples observaciones de neumónicos de los que faltaron tales estertores en todo el curso de su neumonía, franca y regular en todas sus demás manifestaciones. En algunos casos eran reemplazados por estertores subcrepitantes que podrían indicar más bien lesión bronquial de últimas ramificaciones, sin que rectificasen su diagnóstico que confirmaban los restantes síntomas y la crisis aclaradora del octavo o noveno día. Y es que en clínica conviene siempre interpretar los fenómenos con el criterio más ecléctico posible, y es vano intento querer trasladar al cuadro descriptivo de la patología a la cabecera del enfermo con ánimo de sobreponerlo y comprobar uno por uno los síntomas del cuadro nosológico. No es lógico pensar que en los referidos casos el alveolo estaba relleno de exudación que por determinadas circunstancias no se despegaba al movimiento inspiratorio y no producía el ruido de crepitación fina (parte de cabellos) propio del estertor de este nombre. En cambio la exudación de los bronquiolos, removida por la corriente respiratoria, daba las burbujas características de los estertores subcrepitantes. Neumonías hay en las que no se aprecia ningún estertor, únicamente se reconocen por el soplo tubario y la submatidez; casos son éstos que todo práctico habrá encontrado y que yo he observado en niños, sobre todo. Bien es verdad que esas neumonías más hiperhémicas que exudativas, se confunden muchas veces con las congestiones pulmonares, pero no es menos cierto que algunas recorren el ciclo evolutivo típico de la alveolitis pneumocócica. Y no hablo de otras pulmonías bastardas, de las infecciosas, de las de viejos, etc., con caracteres sindrómicos especiales y en las que faltan muchas veces los estertores crepitantes.

Reanudando la discusión acerca de éstos, conviene recordar que se producen por despegamiento alveolar en virtud del ímpetu con que llega al infundibulum el aire respiratorio y de los movimientos respiratorios del primer tiempo de esta función. Es preciso que exista un líquido en la cavidad del alveolo y no precisamente rico en fibrina y por lo mismo de gran viscosidad, como acontece en las exudaciones provocadas por el pneumococo de Talamón-Fraukel, sino provisto de las condiciones físico-químicas que poseen generalmente los líquidos orgánicos exudativos y aun trasudativos. Efectivamente, se encuentran dichos estertores, y también me refiero a observaciones personales sobre este particular, en casos de edema pulmonar incipiente o bien edema localizado en los alveolos, dependiente de nefritis crónicas o de cardiopatías descompensadas, constituyendo en ocasiones el primer síntoma de una insuficiencia del miocardio, y confieso que mi oído los halló semejantes en un todo a los de la neumonía franca. Hay más: algunos autores aseguran la existencia de tal signo en estados perfectamente normales y citan casos de observaciones en el individuo sano, adulto, que después de permanecer algún tiempo echado, al ponerse en pie, han hallado el estertor crepitante auscultando en la parte postero-inferior de sus pulmones, así como en el recién nacido en su primera inspiración.

Para explicar estos casos hay que suponer que las paredes alveolares es-

tán en contacto por la posición en decúbito del primero y por el estado fetal en el segundo, constituyéndose en ambos una especie de atelectaria que borra la inspiración, dando lugar al ruido especial de crepitación por separación brusca de las paredes alveolares que les podemos imaginar algo lubricadas o humedecidas en ambos casos por ligero edema en el adulto, debido a la misma posición horizontal, y en el niño a que la superficie respiratoria no está seca ni mucho menos, ya que observamos con mucha frecuencia mucosidades en sus vías respiratorias altas. Quizá esos estertores crepitantes del adulto pudieran explicarse mejor por alguna tara patológica ligera e inadvertida por los observadores que citan esos ejemplos, en cuyo caso, como es natural, saldrían del cuadro fisiológico, pero para mi objeto es indiferente, y lo mismo normal que patológico se presenta en condiciones clínicas muy apartadas de las que los producen en la neumonía.

Con todo esto pierde dicho estertor su significación anatomopatológica de síntoma ligado a exudación fibrinosa pneumocócica admitida por muchos médicos, y queda reducido exclusivamente a un signo de representación topográfica, es decir, de lesión alveolar.

Hay que notar que la instalación pulmonar del equinococo y las producciones neoplásicas de cualquier naturaleza, incluyendo las infecciosas, provocan en el tejido pulmonar ambiente modificaciones catarrales y esclerosas que al oído resonarán como lesiones primitivas si no tenemos despierta la atención para descubrir los procesos neoformativos que constituyen la lesión principal y relegamos a segundo término el cortejo de signos físicos que envuelven aquélla.

Los ruidos de frote o roce pleural podrán confundir al poco experto, porque simulan en algunos casos estertores secos medianos, pero encontraremos elementos de diferenciación suficiente si consideramos que los roces pleurales no se modifican ni cesan por la tos, están, generalmente, mucho más localizados que los estertores, son entrecortados y pueden dar impresiones táctiles y aumentarse a la presión estetoscópica con sensación dolorosa; además, se suelen percibir en la región media del tórax. Pero nos interesa más que este diagnóstico diferencial de los signos estetoscópicos entre sí, continuar estudiándolos para justipreciar su valor diagnóstico, y veremos que los roces son indicadores fieles de lesión pleural, cuya naturaleza exigirá otra suerte de investigaciones.

Prosiguiendo el análisis recorreríamos los distintos signos físicos suministrados ya por la auscultación y por la percusión y los hallaríamos en enfermedades distintas y aun desemejantes. Basta recordar a este objeto que la debilitación del murmullo vexicular indica unas veces disminución del calibre del conducto laringo-traqueal o bronquial (estenosis de alguno de esos órganos) que no consiente la llegada de aire en cantidad suficiente para que la función alveolar adquiera la amplitud debida. En otras ocasiones expresa una reducción de la capacidad alveolar por lesiones de la pared o extraparietales (edema, atelectaria, infiltración, cáncer, pleuresia, etc.), y en un tercer grupo de casos la debilitación del murmullo revelará el mecanismo de defensa ante las algias pleurales por reducción de la amplitud respiratoria en las proximidades o en todo el lado del *loco dolenti*, y por fin, hallaremos ese signo en deformidades torácicas, cifoescoliosis, por ejemplo, y en neurosis como la histeria. De igual modo encontraremos sonido mate absoluto percutiendo en el tórax cuando el pulmón está hepatizado por plenitud alveolar de cualquier naturaleza que sea, o cuando derrames o tumores compriman los alveolos y borran sus cavidades, en los derrames pleuríticos y lo que es más paradójico, en el mismo pneumotórax cuando existe una tensión muy

fuerte en el gas intrapleural, pero sólo en este caso, pues sabemos que la mayor parte de las veces se revela esta enfermedad por ruido timpánico.

La misma génesis de los soplos, cuya explicación física satisface cumplidamente en la mayoría de los casos las exigencias de nuestra razón, nos explica cómo causas diversas producen su efecto físico igual para nuestro oído, y así vemos que una alteración en la mucosa respiratoria que acarrea la pérdida de la lisura de la misma por turgencias hiperémicas o flogísticas o por exudaciones, produce vibraciones que refuerzan y alteran el ruido normal suave y se traducen por la respiración muda, la respiración bronquial o soplo tubario que sustituye el murmullo normal cuando hay condensaciones del parénquima pulmonar que impiden la transformación del ruido glótico en el respiratorio murmulloso, vexicular.

La clase de estertores está yugulada a las condiciones físicas de los líquidos exudados o trasudados que existen en el árbol respiratorio y a la localización de esos líquidos que modifica por el calibre la sonoridad de aquéllos.

Los estertores secos están producidos por el paso del aire a través de conductos estrechados por tumefacciones de la mucosa, y principalmente, por mucosidades viscosas y concretas; su tono depende del diámetro, por eso son sibilantes los correspondientes a bronquios pequeños y son gruesos o roncos los que se originan en grandes ramas bronquiales.

Los estertores húmedos, llamados también burbujosos, dan la sensación de burbujas de aire que estallan en la superficie de un líquido no muy viscoso. Los estertores cavernosos o gorgóteos se producen en cavidades grandes (cavernas o bronquiectasias) medio llenas de un líquido y en comunicación con algún bronquio. Debemos exceptuar algunos signos, que no se presentan más que en los derrames pleurales serosos y son la egofomía y la pectoriloquia áfona, distinta de la pectoriloquia simple, que es un refuerzo de resonancia y se observa en cavernas o bronquiectasias en forma de ampolla, de capacidad media y paredes resistentes, superficiales y vacías.

En este estudio breve e incompleto de algunos signos físicos, suministrados por la auscultación y la percusión, he procurado exponer su mecanismo, la significación patogénica y el valor relativo nunca patognomónico que ofrecen al clínico cuando trata de enjuiciar el diagnóstico. Por él se ve que debemos recoger cuidadosa y prolijamente cuantos signos y síntomas apreciemos en el enfermo, recurriendo a cuantos medios de exploración clínica y de laboratorio estén a nuestro alcance, con lo cual adquiriremos la mayor suma de garantías para la exactitud del diagnóstico.

Y esta importancia del complejo sintomático, de la síntesis que operamos con todos los síntomas y signos observados en el enfermo para remontarnos al diagnóstico, la encontraríamos aumentada al analizar el valor de cada uno de los signos físicos torácicos, desde el punto de vista del pronóstico de la afección a que pertenecieran. Así llegaríamos a la conclusión de que éste debe fundamentarse en la agrupación sintomática con el estado general que determina en el enfermo. Se comprende que harán excepción los síntomas graves de las grandes funciones vitales, respiración, circulación, cuando alcancen inusitada intensidad, que hará subordinar todo el pronóstico a ellos de por sí solos. Y tan cierto es esto, que, sin hacerme prolijo, citaré algún caso en que se haga ostensible el valor relativo de dichos signos para sentar el pronóstico. ¿Podrá ningún médico experto basar el pronóstico de una pulmonía, de las que Lluchard llama nerviosas, en los síntomas focales? Por el contrario, ¿no hemos visto neumonías masivas que comprendían casi todo un pulmón presentar un curso franco y abortar por crisis en el quinto o sexto día, a pesar de la magnitud de las lesiones que mostraba la percusión?

Y si vamos a la clínica crónica y elegimos como sujeto de estudio la tuberculosis, que tan pródiga es en enseñanzas, por el polimorfismo que le imprime la enorme expansión que desgraciadamente alcanza, nos afianzaremos más en nuestro aserto.

En la forma ulcerosa crónica común de la infección bacilar encontramos ejemplos muy notables que demuestran la importancia del estado del organismo, para sentar un pronóstico favorable, en algunos casos, de mayor o menor proximidad del término fatal en otros. Cuán frecuente es hallar tuberculosos cuyos pulmones no dan otros signos que los agrupados por Grancher para el diagnóstico precoz en el período llamado incipiente, y, sin embargo, apena nuestro ánimo la anemia, la desnutrición y las elevaciones térmicas vespertinas coexistentes en esos desgraciados y que oscurecen el pronóstico del modo más considerable. Y en el orden inverso ¿qué médico de alguna experiencia no se habrá sorprendido ante individuos fímicos de segundo período, con semillero de crepitaciones en el vértice pulmonar izquierdo o en ambos vértices y con su estado general favorable, sin enflaquecimiento apreciable, sin disnea, sin otro síntoma que ligerísima tos seca por las mañanas al despertar? Es más, hay individuos que soportan bastante bien sus cavernas pulmonares, que atestiguan del modo más evidente el tercer período de su bacilosis torácica. De estos casos y de muchísimos más que podría enumerar, se deduce la gran cautela y la exquisita prudencia que deben presidir los dictámenes médicos en cuanto al pronóstico se refieren, para evitar errores lamentabilísimos, en los que no incurrirá un espíritu observador si estudia perfectamente al enfermo, sus condiciones como terreno, su resistencia, tendencia a la localización del proceso tuberculoso, estado moral, condiciones higiénicas y económicas que le rodean, efectos terapéuticos útiles obtenidos con cuantos remedios físicos, higiénicos y medicamentos usemos, lo que llamó Castaigne coeficiente normal de mejoría, y sólo aquilatando bien todos estos elementos de juicio se llegará al pronóstico serio, racional y científico. Claro es que escapan a nuestra previsión episodios, los hemoptisis, por ejemplo, que trastornan en un momento la marcha regular y casi prefijada del proceso y cambian radicalmente el pronóstico agravándolo en grado sumo, pero el médico cauto que no da a sus afirmaciones el valor de axiomas, rodea de ciertas reservas todos los pronósticos, sobre todo cuando se refieren a enfermedades tan mortíferas como la tuberculosis.

DR. TOMÁS RALLO,

Médico militar.

REVISTA DE REVISTAS

Significación de algunas submacideces torácicas en la patología del niño de pecho

S. Maggiore, en *La Pediatría*, Agosto 1914, estudia estos fenómenos frecuentes en los niños durante la primera infancia, y especialmente dentro del primer año de la vida; durante el curso de las afecciones

más variadas (febriles o no), en ocasiones desde el principio, no es rara la aparición de zonas submacizas en el tórax, especialmente en la base, con aumento de resistencia local, que hacen pensar en la posibilidad de un derrame pleurítico en evolución.

En estas zonas de submacidez, cuya característica es la fugacidad y la progresión por saltos, el frémito y el murmullo vexicular evolucionan diversamente; unas

veces son normales, otras se presentan debilitados, y otras aumentados. No es infrecuente la apreciación de estertores subcrepitantes, de frotos o soplo bronquial.

Al mismo tiempo, pero no en todos los casos, puede alterarse el estado general: elevación térmica, depresión, cianosis, disnea. Pero a menudo el fenómeno puede evolucionar como única manifestación (mas los síntomas propios de la enfermedad preexistente).

El autor de este trabajo, en los 270 casos observados por él que presentaban el fenómeno que se estudia, ha podido comprobar que el frémito estaba debilitado tres veces, conservado 100 y exagerado 59; de estos enfermos, 216 eran febricitantes, y los restantes no presentaban fiebre.

Las conclusiones que sienta son las siguientes.

1. En un buen número de hipofonosis torácica de los niños en la primera infancia, existe líquido libre en la cavidad pleural en pequeña cantidad.

2. Para relevar la presencia de este líquido, deben practicarse punciones exploradoras, especialmente donde la resistencia local es más acentuada.

3. En los casos en que existe el derrame, el frémito vocal está generalmente debilitado. Sin embargo, hay casos en que está conservado o exagerado.

4. En los casos observados por el A., por lo menos, el derrame se formó en la cavidad pleural derecha.

5. Por lo que se refiere a la clase del líquido extraído, unas veces era seroso, otras sero-fibrinoso y otras con muchos corpúsculos.

6. En cuanto a la fórmula leucocitaria, se vió que cuando el líquido era seroso, existían constantemente linfocitos y faltaban las células endoteliales; en los casos

de exudado fibrinoso, unas veces sólo había linfocitos, otras polinucleados, y en otros casos ambas formas; la presencia de células endoteliales era constante.

7. Bajo el punto de vista bacterioscópico, el líquido, en una buena parte de los casos, fué estéril (sin embargo, no se efectuaron siembras en terrenos especiales, ni se inyectaron a los animales). En diversos casos se encontraron diplococos.

8. En algunos casos con exudado seroso o sero-fibrinoso con presencia exclusiva de linfocitos, pudo excluirse la infección tuberculosa, bien mediante reacciones biológicas, ora (en 3 casos) en la autopsia.

Resumiendo, puede decirse que en estas submacideces torácicas de la primera infancia, que se presentan al comienzo o durante el curso de diversas enfermedades, la pleura interviene en discreto número de casos con formación de exudado, que dada la pequeña cantidad, sólo puede descubrirse mediante la punción exploradora.

En otros casos verosíblemente se trata de fenómenos pulmonares (congestión activa o pasiva), o de colapso (obstrucción de los bronquios por catarro), aunque esta hipótesis sea poco admisible.

Pero entre todos los hechos expuestos merece consideración especial el de que en los niños durante la primera infancia puede existir un derrame seroso o sero-fibrinoso con linfocitos, sin que exista tuberculosis, y que dada esta posibilidad, es preciso ser muy cauto en formular un diagnóstico de tuberculosis en los casos semejantes cuando faltan los demás datos biológicos que comprueban la existencia de la enfermedad.

Este dato confirma lo demostrado por Patella, ocupándose de la morfología de los exudados y del cito-diagnóstico de Widal-Ravaut.



HIGIENE

LAS MOSCAS.

Las moscas desempeñan un papel importante en la difusión de muchas enfermedades infecciosas, en particular la fiebre tifoidea. Ha sido indicado este papel hace mucho tiempo; pero es, sobre todo, desde que los descubrimientos de Pasteur han arrojado nueva luz sobre la génesis de las enfermedades contagiosas que su acción se ha puesto en evidencia.

Antes de conocer el reino de los microbios se creía que el contagio provenía de medios pasivos: el agua, el aire, los objetos. Poco a poco se ha visto que la simple desecación mataba gran parte de los micro-organismos, y se abandonó la idea de que el aire y aun los objetos tuviesen un papel preponderante.

No obstante, el agua es, con seguridad, uno de los vehículos de la fiebre tifoidea; la prueba se halla en que después que los manantiales de las aguas potables han sido cuidadosamente vigilados, los casos de esta enfermedad han disminuído mucho. En el Havre, en particular, las defunciones por fiebre tifoidea, que eran hace diez años 300, han descendido a unas 30. Ha sido bastante captar manantiales de aguas puras, establecer un perímetro de protección y una vigilancia médica de la región de los manantiales. Los análisis bacteriológicos practicados todas las semanas, demuestran que el agua es pura y, sin embargo, hay algunos casos de fiebre tifoidea, debidos a que se arrojan los residuos urbanos en los campos en que se cultivan legumbres consumidas sin cocer, pero en esta causa de la enfermedad se ve el papel que desempeñan las moscas.

La acción de los mosquitos en la etiología de la malaria ha sido una base poderosa para vulgarizar esta noción. El mosquito juega en este caso un papel activo, puesto que inocular la enfermedad. La mosca desempeña un papel pasivo: ella vive, se reproduce comúnmente sobre las materias fecales, después entra en nuestras casas y puede llevar el germen infeccioso que tiene en sus patas y en su trompa. Posándose sobre los alimentos, deposita en ellos el germen del contagio. Si estos alimentos son un medio favorable al desarrollo del microbio, así sembrado, serán un verdadero cultivo de bacilos peligrosos, que se ingerirán con el alimento. Es el caso de la leche, que es tanto más peligrosa para la fiebre tifoidea cuanto que el bacilo de Eberth se cultiva en ella sin dar ácido láctico, es decir, sin alterar la leche y, por consiguiente, sin descubrir su presencia.

Muchos casos pueden citarse en apoyo de esta tesis. Referiré el siguiente que he publicado en la Memoria anual de la Oficina de Higiene del Havre de 1909.

Dos casos de fiebre tifoidea han ocurrido con un mes de intervalo, en Septiembre y Octubre, en una casa pequeña compuesta de dos piezas y situada en un patio-jardín que se halla en uno de los barrios de esta ciudad. Al lado de la casa había un sumidero donde se arrojaban la comida sobrante de conejos y las deyecciones de la familia. En las dos piezas pululaban las moscas. Vigilando la desinfección de las deyecciones del segundo de estos dos casos de fiebre tifoidea, vimos una vasija sin tapadera, en la que había un poco de leche del día anterior. En su fondo había muchas moscas muer-

tas. Pudimos comprobar la existencia del microbio de la fiebre tifoidea en este líquido. La leche se llevaba al enfermo todos los días a las cuatro de la tarde, se hervía enseguida, después se echaba en la vasija donde estaba hasta el día siguiente, y se gastaba según las necesidades de la familia. Las moscas que se posaban sobre las deyecciones de los enfermos se ensuciaban las patas y transportaban así los gérmenes de la enfermedad. El segundo caso ocurrió en la época en que van desapareciendo las moscas. Mandamos sacar las moscas que aun había, que se tapase la vasija de la leche después de hervirla y se rellenase el sumidero.

Esta cuestión de las moscas penetra lentamente en nuestro país; en los Estados Unidos se han fundado ligas para la destrucción de estos insectos. En Londres se reparten unas instrucciones, una de las que termina: «Una mosca puede transmitir los gérmenes mórbidos de enfermedades y matar todos los miembros de una familia. Que vuestra divisa sea, pues, muerte a la mosca».

Un higienista inglés dice también: «Es tan vergonzoso para un ama de casa tener una mosca en su cocina, como tener actualmente una chinche en su cama».

El deber de las Oficinas de Higiene es, por lo tanto, hacer conocer el papel de las moscas y, además, estudiar las diferentes especies de estos insectos que aparecen en nuestras ciudades. Ultimamente se ha fijado nuestra atención en una invasión de moscas en una parte del Havre. Examinándolas hemos hallado una especie diferente de las que aquí se encuentran. Han sido clasificadas en la Estación Entomológica de París por el profesor Marchac, como pertenecientes a una especie común: escatofaga estercolaria. Sus costumbres son las de todas las escatofagas en general, e indicadas suficientemente por su nombre. Estas moscas, que de ordinario no se hallan en nuestra ciudad, es probable tengan influencia en las epidemias que aparecen de tiempo en tiempo. Habiendo millares de especies de moscas, nuestras epidemias, que tienen el carácter de estacionales, ¿no podrían ser debidas al desarrollo de una de estas especies, cuyas costumbres sean más o menos escatofagas?

De todos modos, creemos que uno de los deberes de nuestro servicio de salubridad es estudiar la evolución de estos parásitos accidentales y tratar de extinguirlos.

La duración de la vida de las moscas que se encuentran en nuestras casas es corta, casi cinco semanas. Aparecen en fines de Mayo y desaparecen en Octubre; son más abundantes en Agosto y Septiembre. Cuando empiezan los fríos mueren muchas.

A poco de nacer, la hembra pone huevos en los montones de estiércol de las cuerdas o sobre los restos de materias orgánicas en descomposición, sobre todo cuando estas materias tienen el grado de calor conveniente. Es, pues, allí donde se reproduce la mosca. Pone de 100 a 150 huevos cada vez, y esto se repite cinco o seis veces en el verano. Una sola mosca puede dar una descendencia de veinticinco millones de moscas durante un estío. A las veinticuatro horas, y antes si la temperatura es favorable, el gusano sale del huevo.

La existencia de este gusano dura unos ocho días, al cabo de los que el gusano se cambia en crisálida y permanece así durante tres días. La mosca sale después de esta crisálida.

La evolución completa dura casi catorce días. La mosca puede entonces transportar en sus alas, en los pelos de sus patas y en su canal intestinal los gérmenes de la fiebre tifoidea, del cólera, de la difteria, de la disentería, de

la tuberculosis, del cólera infantil, de la oftalmia, de la peste, de la viruela y del carbunco. Halla estos gérmenes en las materias orgánicas de que se nutre y los transporta sobre nuestros alimentos. Se han hecho experiencias que prueban que las moscas pueden venir volando de puntos distantes un kilómetro. La escatofaga-estercolaria, que nace sobre la materia fecal, pasa desde el depósito de ésta al orificio de muchos retretes, donde encuentran elementos para reproducirse. Cada vez que se mueve la llave que cierra los water-clos, en algunas casas, escapan algunas moscas que llevan en sus trompas y patas los gérmenes más diversos que hay en las materias fecales. Echando petróleo bruto en la tubería se impide su reproducción.

Cómo se evitan las moscas.—Las moscas vienen ordinariamente de afuera, entran en las casas por las puertas y las ventanas, son atraídas por los alimentos o por las materias orgánicas que exponemos a su voracidad y pueden reproducirse.

Conservemos las cocinas y despensas muy limpias, los alimentos resguardados de su contacto, protegiéndolos por medio de gasas. Pónganse mosquiteros en las ventanas. No dejemos que la basura se acumule en nuestras casas. Pónganse las deyecciones en vasijas con tapadera. Hagamos que la luz de las ventanas sea azulada, color que no agrada a las moscas.

¿Cómo se matan las moscas?—Con los papeles llamados mata-moscas. Enrojando una paleta metálica y echando en ella veinte gotas de ácido fénico, los vapores que se desprenden hacen huir las moscas. Otro medio bueno es poner en un plato un trozo de pan y echar encima una mezcla de dos cucharadas de formol y una cucharada de café azucarado. El pan atrae las moscas y mueren muchas en el plato o a su alrededor. El formol se evapora muy pronto; hay que hacer una solución diaria.

Para matar las larvas en el estiércol o en los montones de basuras, se riegan con una mezcla de petróleo bruto y agua en partes iguales. Repetir esta operación tres veces por semana.

Doctor A. LOIR..

Director del Servicio de Higiene del Havre.

REVISTA DE REVISTAS

No hay que aislar a los escarlatinosos.

Leemos en *La Nature* que para evitar el contagio de los escarlatinosos viene empleando en su práctica el inglés Robert Milne el siguiente procedimiento:

Admitiendo que el agente patógeno contagioso se halla en la boca y que se puede transmitir por la saliva, así como también por las escamas que se desprenden de la piel, procede desde su principio a pincelar la garganta con aceite de oliva fenicado al 10 por 100 cada dos horas, recomendando frecuentes lavados de la boca, y para

la piel suaves unturas, con la esencia de eucalipto pura desde la cabeza a los pies, mañana y tarde, durante los cuatro primeros días y después una vez al día durante seis días más.

Con este tratamiento, dice, no sobrevienen las complicaciones tan frecuentes y que son inherentes a dicha enfermedad, teniendo la ventaja de poder tener al enfermo en comunicación con los demás niños.

Un medio de preservarse de las picaduras de los mosquitos

Hágase una solución de timol en alcohol a saturación; de ella póngase una cu-

charada grande en un litro de agua y con esta mezcla lociónese el cuerpo al acostarse.

Para demostrar la eficacia de este sencillo método, Buck asegura haber dormido en el puente de un barco y al lado de una lámpara en los ríos de Indo-china, donde la abundancia de mosquitos es de todos conocida.

**Sobre etiología y epidemiología
— del tifus abdominal. —**

O. Bail.—*Prog. Med. Wochenschr.*—1914, p. 35.—Las investigaciones de Metschnikoff y Grünbaum sobre monos antropoides, son favorables al papel patógeno del bacilo tífico y contrarias a la acepción de un virus invisible en el tifus abdominal. El autor piensa que el tifus abdominal no es una septicemia, por faltar el desarrollo del bacilo en el torrente sanguíneo. Los métodos de investigación del bacilo tífico en las heces no son infalibles, por faltar un método de enriquecimiento para el bacilo tífico y porque la salida de éste con aquéllas no es regular.

**Diez casos favorables de vacu-
noterapia antitífica en el niño.
Estudio de las reacciones va-
— cunales —**

De Oelsnitz.—*Bulletin ei Memoires de la Societé Medicale des Hopitaux de Paris.*—1914.—Todos estos casos, de los cuales cuatro eran graves, fueron diagnosticados e inyectados con vacuna muerta por el calor, varias veces. Ningún caso de muerte, ninguna complicación; las inyecciones influyeron favorablemente en la marcha de la fiebre, en la energía del corazón y en el estado general. Las reacciones locales fueron débiles. Las reacciones generales no se observaron.

**Técnica del destete normal, por
los doctores A. Moussous y E. Leuret.**

La técnica de destete que preconizan es como sigue:

El destete progresivo es el preferido actualmente de los pediatras modernos. Deberá empezarse al 8.º mes para terminarlo entre el 12.º y el 15.º Empero durante las estaciones calurosas y si la salud del niño no es satisfactoria, podrán retrasar o moderar el destete.

Al principio se reemplaza una de las tomas de leche con una papilla. La papilla empezará siendo clara, preparada con 100 gramos de leche, 5 gramos de harina candeal o de cebada, de arrowroot, de arroz, etcétera. Su valor equivale a 125 gramos de leche; añadiendo 5 gramos de azúcar se le aumentan 20 calorías. En general, se tolera bien a partir del 8.º mes.

Cuando parezca mal soportada no se dará la totalidad e inmediatamente después se pondrá al niño al pecho. Al cabo de unos quince días se suprime otra toma, reemplazándola con otra papilla clara.

Luego se hacen más espesas las papillas (dos cucharaditas pequeñas de harina) y se aumenta la cantidad de leche que sirve para hacerlas (120 gramos). Durante el 9.º mes, las comidas, reducidas a seis, se distribuirán como sigue: a las siete y a las diez, el pecho, a la una papilla, a las cuatro el pecho, a las siete papilla y a las diez de la noche el pecho.

Durante los meses 10º y 11º, las papillas serán más copiosas, 150 a 175 gramos de leche; podrán utilizar harinas de leguminosas. Por último, se suprime una tercera y luego una cuarta toma de pecho para reemplazarlas con un vasito de leche, una sopa de leche con pan o una panatela. Sin embargo, la panatela tiene menos valor en calorías y su digestibilidad es igualmente menor.

Desde el 10º mes podrán dar al niño ya un bizcocho seco, ya una corteza de pan.

Si parece que al niño le prueba el nuevo régimen (regularidad de deposiciones, de la curva de peso), se operará el destete definitivo al 12º mes, es decir, que se suprimirán las dos últimas tomas de pecho, reemplazándolas con leche, 20 gramos de harina y 10 gramos de azúcar.

Por último, se dará una yema de huevo, luego un huevo entero, pero reduciendo las comidas a cinco:

A las siete papilla, a las diez leche (200 gramos), a la una tapioca con leche o panatela con yema de huevo, bizcocho seco, a las cuatro papilla y a las siete vaso de leche (200 gramos).

El puré de patata y el huevo entero sólo se darán de 14 a 15 meses.

(*Prov méd.*)

PROFESIONALES

POR LA UNIÓN NACIONAL DE MÉDICOS TITULARES

Manifiesto de los titulares del partido de Calatayud, organizadores de la Asamblea de Zaragoza, a sus compañeros de España.

QUERIDOS COMPAÑEROS: Una gran satisfacción embarga nuestro ánimo al podernos dirigir a vosotros con la feliz nueva de que la tan deseada unión de los médicos titulafes españoles es ya un hecho.

Este magno objetivo es el que se proponía la reciente Asamblea regional celebrada en Zaragoza los días 2 y 3 del corriente, a la que concurren valiosas y nutridas representaciones del Cuerpo médico titular aragonés; y el haberlo conseguido constituye una victoria, que ofrecemos a los demás compañeros de toda España, que, cual nosotros, luchan también por la ansiada dignificación de nuestra clase.

Para que podáis formar exacto juicio de cómo se ha logrado esta beneficiosa unión, nos creemos en el deber de daros cuenta de las gestiones que hemos realizado, encaminadas a dicho fin.

Primeramente, en Junta de Partido, acordamos los firmantes convocar dicha Asamblea, invitando a ella a todos los jefes que acaudillan los diferentes grupos en que se halla dividida la Clase. Era muy lógico y muy natural pensar que el jefe de fracción que no asistiera a esta Asamblea ni le prestase su cooperación, revelaba bien claramente no querer la unión, aunque con palabras pretendiera demostrar lo contrario. A este efecto invitamos por igual a los señores Moliner, Albiñana, Almarza y Ballesteros, advirtiéndoles que rehusar la asistencia y la cooperación a esta labor fraternal, valdría tanto como eliminarse de la colectividad médica beligerante; el que no acudiere al llamamiento para realizar la unión, él mismo se excluía de ella, y la Clase tomaría sus medidas de defensa contra los que representasen la discordia y la disidencia.

Llegó el día de la Asamblea y con vivísima satisfacción vimos que los señores Moliner, Almarza y Albiñana descendían juntos del mismo coche, dando muestras de mutua cordialidad, la cual se confirmó después cuando en las sesiones de la Asamblea los señores Albiñana y Almarza declararon la sinceridad con que, en pro del interés de la Clase, se habían estrechado la mano y unido sus acciones, invitados por el ilustre Moliner, quien por sólo haber suavizado estas asperezas ya merece la gratitud de los médicos.

Solamente el Sr. Ballesteros dió la nota discordante, dejando de asistir a este transcendental acto, a pesar de las reiteradas cartas que se le escribieron encareciéndole la asistencia. Y no es que para dicha falta pudieran alegarse causas impidientes, pues el Sr. Moliner, para poder asistir, hubo de abandonar urgentísimas ocupaciones profesionales en Valencia; el Sr. Almarza dejó

a sus cuatro hijos enfermos, y el Sr. Albiñana estaba visiblemente indispuerto, aquejado de fuertes dolores lumbares que le habían retenido en cama los tres días anteriores a la Asamblea. ¡Bien hubiera podido, pues, el Sr. Ballesteros hacer análogo sacrificio al que hicieron estos tres incansables paladines!

La premeditada ausencia de este último señor y la inexplicable campaña obstruccionista que, pretendiendo mezclar nuestras justas aspiraciones con las de farmacéuticos y veterinarios, completamente distintas, viene haciendo desde su periódico *Justicia y Sanidad*, nos han llevado al convencimiento de que el Sr. Ballesteros no tiene interés por la unión médica, ni aspira a que los médicos nos emancipemos; pues si así fuera, en vez de poner dificultades en el camino de nuestra dignificación, cargando sobre nuestras aspiraciones, condensadas en la proposición de Ley presentada al Congreso, el pesado lastre de otras pretensiones, muy justas tal vez, pero también muy entorpecedoras para que el Estado atienda de una vez a todos, iría facilitando, como nosotros, el triunfo sucesivo de cada aspiración.

Deseamos, como el que más, el mejoramiento de las dignas Clases farmacéutica y veterinaria; pero sería notoriamente injusto que a la hora de las reivindicaciones se tratase por igual a los que venimos luchando desesperadamente desde el año 1878, imponiéndonos todo género de sacrificios, que a los que, acaso porque no lo creyesen necesario, no han provocado grandes movimientos de Clase, permaneciendo en apacible inacción, y sólo a última hora, en las cercanías del triunfo, es cuando se manifiestan, pretendiendo ser copartícipes de la victoria.

Primero unos y luego otros, hasta conseguir la dignificación de todos; este es nuestro lema. Querer obtenerlo todo de un solo golpe equivale a quedarnos sin nada.

En vista de esto, y considerando que para conseguir el triunfo de nuestra proposición de Ley y de todas nuestras sucesivas mejoras es indispensable que la Clase médica permanezca unida, la Asociación de Médicos titulares, representada por el Sr. Almarza, y la Federación Nacional de Sanidad Civil, representada por el Sr. Albiñana, cordialmente y de común acuerdo, han unificado su acción en plena Asamblea, y sin perder cada organismo su personalidad especial se han confederado, constituyendo una **Unión Nacional de Médicos titulares**, organismo armónico, bajo la presidencia suprema del ilustre Dr. Moliner, que llenará el fin unificador a que todos aspiramos.

La tan deseada unión es ya un hecho, pues bien sabemos que en la Asociación y en la Federación están todos los médicos rurales de España, pues el que no pertenece al primero de estos dos organismos está inscripto en el segundo, y viceversa. *La Sanidad Civil* y el *Boletín de la Asociación* seguirán siendo los órganos de sus respectivos organismos, y, a su vez, órganos centrales de la **Unión Española de Médicos titulares**, publicando al mismo tiempo y con igual texto las disposiciones profesionales dictadas de común acuerdo por la presidencia suprema.

Esta sencillísima organización está perfectamente explicada en las conclusiones de la Asamblea, que, aprobadas por aclamación, tenemos el gusto de trasladar a todos los compañeros de España, rogándoles encarecidamente que las secunden. Son las siguientes:

1.^a Declarar constituida la «Unión Nacional de Médicos titulares» a base de la Asociación de Médicos titulares y la Federación Nacional de Sanidad Civil, considerando que el que no esté en la Unión está contra ellos.

2.^a Rogar a todos los compañeros de España que procedan con urgencia a la constitución de organismos únicos en los partidos a base de federados y asociados.

3.^a Que los doctores Moliner, Albiñana y Almarza suscriban una circular dirigida a todos los titulares de España recomendando el cumplimiento de los anteriores acuerdos.

4.^a Telegrafiar al jefe del Gobierno, ministro de la Gobernación y conde de Romanones y firmantes de la proposición de Ley sobre el pago por el Estado, solicitando su valioso apoyo para el triunfo de la misma.

5.^a Recomendar a la Clase médica que se adhiera y concurren en gran número y con entusiasmo al segundo Congreso nacional de Sanidad civil que ha de celebrarse en Madrid el próximo otoño.

Después de estas conclusiones nadie podrá dudar de que la unión de la Clase médica es, afortunadamente, un hecho. Pero nuestra acción no debe quedar ahí; es preciso que la Clase adopte medidas preventivas para evitar que esta unión se rompa, para lo cual hay que aislar a cualquier elemento (individuo, periódico u organismo) que represente discordia o disidencia. En este caso se encuentra el llamado *bloque sanitario*, que no ha concurrido a la Asamblea, dando la desagradable nota de excepción. Claro está que, bien mirado, su presencia no era más que de un efecto moral, pues materialmente todos sabemos que los escasos médicos que figuran como adheridos a dicho *bloque*, pertenecen también unos a la Asamblea y otros a la Federación. Numéricamente, pues, la unión también es un hecho.

Por consiguiente, tanto por haber rechazado la unión como por la campaña obstruccionista que dicho *bloque* y su representante realizan, entorpeciendo y retardando la consecución de las aspiraciones médicas, involucrándolas con las de otras clases, los titulares del partido de Calatayud, como medida de defensa contra enojosas disidencias que perjudican la unión de la Clase, se han visto obligados a adoptar los siguientes acuerdos, que transmiten a sus dignos compañeros de España:

1.^o Haber visto con profundo desagrado que el representante del titulado *bloque sanitario* no haya concurrido a la Asamblea, alejándose de la Unión.

2.^o No reconocer beligerancia alguna al titulado *bloque sanitario*, en ningún asunto que afecte a los intereses médico-rurales, los cuales estarán representados exclusivamente por la **Unión Nacional de Médicos titulares**.

3.^o Darse de baja en el periódico quincenal *Justicia y Sanidad*, órgano de dicho *bloque*, y devolver a su procedencia los ejemplares que reciban para propaganda.

4.^o Adoptar idénticas medidas de aislamiento con todas las publicaciones y organismos que se opongan al mantenimiento de la unión.

Esto es, queridos compañeros, lo que los modestos titulares del partido de Calatayud se creen en el caso de propagar entre sus colegas de España.

UNIÓN, UNION Y UNION. Tal debe ser nuestra enseña; y ya que hoy lo hemos conseguido, procuremos que no se rompa jamás, pues detrás de la unión nos aguarda la victoria.

José Boullón, Morata de Giloca; José Franco, Belmonte; Jacinto Madroñero, Morés; Felipe Guíu, Terrer; Félix Marzol, Paracuellos de la Ribera; Manuel de Frutos, Sestrica; Constantino Rives, Tobed; Tomás Iribarren, Sabiñán; Luis Díaz, Paracuellos de Giloca; Braulio San Amós, Brea; Alberto Casbás, Illueca; Miguel Martínez, Jarque; Joaquín Gallardo, Tierga; Angel Liarte, Mesones; Eugenio Martínez, Arándiga; Fernando Moros, Munébrega; Ricardo García, Maluenda; Crisanto Gil, Calatayud; Waldo Ferrer, ídem; José Torner, ídem; Casiano Ruiz, ídem; Ramón López, ídem; Florencio Llanas, ídem.

Calatayud 9 de Septiembre de 1914.

CONGRESOS

El VII Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología se celebrará en Nueva York en Septiembre de 1915.

El Comité internacional está formado por Riddle Ggloge, de Nueva York; Bumm, de Berlín; Paúl Bas, de París; Doederlein, de Munich; Jacobs, de Bruselas; Mangiagalli, de Roma; Spencer, de Londres; Martín, de Berlín; Ott, de San Petersburgo; Schauta, de Viena.

Como temas oficiales se eligieron:

Primer tema. Resultados obtenidos en las operaciones para la cura de las retrodesviaciones del útero, simples o complicadas.

Segundo tema. El tratamiento de las infecciones puerperales.

Otra cuestión interesante del programa será el valor del tratamiento radioactivo en la terapéutica ginecológica.

II Congreso Nacional de Higiene Escolar, que se celebrará en Génova, del 29 de Septiembre al 1.º de Octubre de 1914. = = =

Temas oficiales:

El libro sanitario.

El problema de los anormales.

La escuela al aire libre.

Adhesiones (5 liras), al Dr. Mario Raggi, vía Balbí, 15, Génova.

XVI Congreso francés de Medicina, organizado por la Asociación de Médicos del idioma francés, que se celebrará en Bruselas, del 30 de Septiembre al 3 de Octubre de 1914. = = = = =

Presidente, profesor Herijean; vicepresidentes, profesores Bordet y Valverdelde; secretario general, profesor René; tesoro, Gordat-Danieux.

El Comité lo componen los Dres. Brachet (Bruselas), J. Demoor (Bruselas), Denys (Louvain), Dustin (Bruselas), Eeman (Gante), Firk (Lieja), P. Hégér (Bruselas), Jacques (Bruselas), Leboucq (Gante), Spehl (Bruselas), Stiénon (Bruselas), Van Gehuchten (Louvain) y Van Lair (Lieja).

Se ha solicitado el Patronato de los Go-

biernos belga y francés. Se espera que acepten la presidencia de honor el ministro de Ciencias y Artes y el embajador de Francia en Bruselas. Se solicita, sobre todo, el Patronato de SS. MM.

Los temas que han de discutirse son los siguientes:

I. *Stifilis del aparato cardiovascular.*—Ponentes: Dres. Bayet (Bruselas), Etienne y Spilimann (Nancy) y Vázquez y Laubry (París).

II. *Los lipoides en Patología.*—Ponentes: Dres. Bordet (Bruselas), Chauffard, Guy Laroche y Grigaut (París), Linossier (Vichy), Zunz (Bruselas).

III. *Valor terapéutico del pneumatórax artificial.*—Ponentes: Dres. Burnand (Ley-sin), Derscheid y Geeraerd (Bruselas), Dumarest (Hauteville) y Küss (Angicourt).

Para favorecer la agrupación de los trabajos aislados sobre un asunto de actualidad, propone el Comité la discusión del tema siguiente:

IV. *Vacunoterapia en general. Vacunoterapia especial del cáncer y de la fiebre tifoidea.*

Se celebrarán fiestas, excursiones y un banquete.

Las suscripciones deben hacerse en el domicilio del secretario general, Dr. René Verhoogen, 22, rue Joseph II, Bruselas, enviando la cuota al tesorero, D. Godart Danhieux, 9.ª, rue Montoyer, Bruselas.

Las esposas e hijos de los congresistas y los estudiantes de Medicina pueden inscribirse como miembros asociados mediante una cuota de 10 francos.

XXIV Congreso de la Sociedad Italiana de Medicina Interna, que se celebrará en la Real Universidad de Génova, del 11 al 14 de Octubre. = = = = =

Los temas oficiales son los siguientes:

1.º *Leucemia y enfermedades afines.*—Ponentes: Profesores Rumms, Castellino y Ferrata.

2.º *Lesiones no tuberculosas del vértice pulmonar.*—Ponentes: Profesores Devoto y Tedeschi.

3.º *Neurosis gástricas.*—Ponentes: Schupfer y Ferrannini.

Además la Comisión organizadora recla-

ma la atención de los señores congresistas sobre estos dos asuntos de actualidad:

- a). *Pneumotórax artificial.*
- b). *Albuminuria no nefrítica.*

Las cuotas de adhesión (12 liras), pueden dirigirse a la Secretaría del Congreso, Real Universidad, vía Babí, Génova.

Primer Congreso Nacional de la Prensa no diaria = = = =

Hemos recibido una circular—para nosotros la primera—en la que se nos da cuenta de los trabajos de organización que están efectuando para el mayor éxito de dicho Congreso.

No consta en dicha circular la dirección del Comité ejecutivo o Junta organizadora y por esa causa nos vemos en la imposibilidad de mandar nuestra adhesión.

Accediendo, no obstante, muy gustosos al ruego que en la misma se nos dirige, publicamos a continuación las bases principales por las que se regirá el Primer Congreso Nacional de la Prensa no diaria:

1.º El Congreso se celebrará en Barcelona y la fecha se avisará oportunamente a todos los que se suscriban.

2.º Podrán tomar parte en el Congreso todos los españoles que figuren en cualquier empresa periodística, ya fuese con el carácter literario o administrativo y tanto pertenezca a la prensa diaria o no diaria.

3.º Los trabajos serán presentados precisamente en idioma castellano.

4.º Las categorías de Congresistas son las siguientes:

a) Congresistas protectores, los que paguen cuota superior a 50 pesetas.

b) Congresistas corporativos, los que paguen cuota de 25 pesetas.

(Las categorías a y b tendrán derecho a nombrar tres delegados).

c) Congresistas individuales, los que paguen cuota de 5 pesetas.

(En esta clasificación van incluidas las damas de los congresistas).

Los socios de la Asociación de la Prensa no diaria de Barcelona se consideran Congresistas individuales sin necesidad de pagar cuota alguna, ellos, ni sus señoras.

5.º Oportunamente se publicará el Reglamento, se circularán los temas y se

pondrá en conocimiento de los señores inscriptos al Congreso un notable programa de fiestas y excursiones.

NOTICIAS

LA ASAMBLEA DE TITULARES

La Asamblea de médicos titulares reunida en Zaragoza, por iniciativa del entusiasta colaborador nuestro Sr. Boullón, celebró su última sesión el jueves 9 del corriente, bajo la presidencia de los señores Fairén, Moliner, Albiñana y Almarza.

Antes de comenzar la sesión hubo una reunión confidencial, en la que se acordó la aprobación del proyecto del doctor Moliner.

Abierta la sesión pronunció un discurso el Dr. Moliner, aprobando la creación de la Unión Nacional de Médicos titulares para buscar la redención de la Clase y procurar que el Estado sea el encargado del pago de titulares.

Dijo también que era necesario apoyar con anhelo a las clases farmacéutica y veterinaria para que figuren en el proyecto del Cuerpo de Sanidad civil.

Se acordaron las siguientes conclusiones:

Declarar constituida la Unión Nacional de Médicos titulares a base de la Asociación de Médicos titulares y Federación Nacional de Sanidad civil.

Rogar a todos los compañeros de España que procedan con urgencia a la constitución de organismos únicos, a base de los federados y asociados.

Que los doctores señores Moliner, Albiñana y Almarza suscriban una circular dirigida a todos los titulares de España, recomendándoles el cumplimiento de los anteriores acuerdos.

Enviar la adhesión al jefe del Gobierno, al ministro de la Gobernación, al conde de Romanones y a los firmantes de la proposición de Ley sobre el pago por el Estado de los médicos titulares.

Y por último, recomendar a la Clase médica se adhiera y concurra en gran número al segundo Congreso nacional de Sa-

nidad civil, que ha de celebrarse en Madrid el próximo otoño.

Por la noche se celebró un banquete, que estuvo muy concurrido y animado.

ANISOSA (Bicarbonato de sosa anisado). Caja de 150 gramos 0,50 pesetas. En todas las buenas farmacias. Depósito general: doctor Benedicto, San Bernardo, 41, Madrid.

De la *Revista de Higiene y Tuberculosis*, copiamos:

“El intrusismo en las profesiones sanitarias.—El Gobernador de Málaga, D. Fidel Varela Millán, o siente el deseo de cumplir su obligación de velar por la salud pública y por el prestigio de la ciencia, o tiene la suerte de que le aconseja o estimula un inspector provincial de Sanidad que desea cumplir sus deberes. No en todas las provincias ocurre igual.

Con fecha 30 de Mayo último ha dirigido a las autoridades subalternas, guardia civil, etc., una circular recordando las numerosas formas del intrusismo médico, los daños que causa y las penalidades prescritas, a fin de que se emprenda por todos enérgica campaña. Culpa mucho a la ignorancia y bobería de las gentes. Conforme; pero hay que confesar lo mucho que los propios médicos, las corporaciones profesionales y las autoridades sanitarias contribuyen a que la plaga exista. La chismografía entre profesionales, los defectos que como toda clase tiene la nuestra; la casi inutilidad de los colegios y academias, que apenas cumplen su misión, y la poca energía de las inspecciones contribuyen en no escasa medida a que la plaga antedicha perdure. Y por remate de cuentas la lenidad de los tribunales y la poca cuantía del castigo que la ley señala».

Americanos a estudiar en España.

Aunque lentamente, de año en año se nota aumento de estudiantes o médicos ya, de las repúblicas americanas que hablan nuestro idioma, que acuden a nuestros centros científicos oficiales o particulares a seguir sus estudios académicos o perfeccionarlos.

A juzgar por los avisos que se están recibiendo, sobre todo en Madrid y Barcelona, este año serán muchos más.

Ya, por suerte, en aquellas naciones que nos va haciendo justicia, se nos conoce más y se sabe que en nuestra patria, sobre todo en ciertas especialidades médicas, poseemos capacidades y centros de estudio que pueden codearse dignamente con los de las naciones más adelantadas. Aquí no sabemos presumir, no sabemos «hacer el artículo».

Unidos por el lazo espiritual del idioma y de la historia, los hispano-americanos, al dejar sus patrias, encontrarán siempre en España el viejo solar, donde como hermanos nos amemos, aunando nuestros esfuerzos en pro de la personalidad, cada vez más respetable, de la ciencia escrita en el idioma de Cervantes.

SOLUCIÓN BENEDICTO de glicerofosfato de cal con CREOSOTAL. 2,50 pesetas frasco.

Ha fallecido el reputado Dr. D. Luis Moreno Santos, redactor de *La Clínica Castellana* y Académico de número de la Real de Medicina y Cirugía de Valladolid.

Acompañamos en su pena a la distinguida familia del finado y a nuestro estimado colega, que ha perdido con el Dr. Moreno uno de sus más prestigiosos y entusiastas redactores.

Nota curiosa.—A título de curiosidad, reproducimos el comentario que un periódico norteamericano pone a los artículos publicados en otro periódico higienista, tratando de la salud. De ellos y en tono humorístico, hace el siguiente resumen:

Si bebes agua, tendrás la fiebre tifoidea; si bebes leche, serás tuberculoso; si bebes whisky, serás paralítico; si tomas sopas, tendrás el mal de Bright; comiendo carne, serás apocalíptico; come ostras, y te envenenarás; come verduras, y te volverás anémico; si comes dulces, te volverás diséptico; si bebes vino, te volverás gotoso; si tomas café, te harás nervioso; si fumas, serás un catarroso o un esclerótico.

En conclusión—dice el comentador—para estar bueno no debes comer, ni beber ni fumar.

A la busca de un tubo de radio extraviado.—En el Hospital Real de Liver-

pool, dos tubos que contenían sal de radio dejáronse durante la noche fijos sobre la cara de un enfermo por medio de un apósito. Al día siguiente, por la mañana, sólo se halló uno de los tubos, y no se resignaron en el hospital a la pérdida de un objeto tasado en 25.000 pesetas.

Lo primero que se pensó fué que el tubo desaparecido había podido caer al suelo, de donde lo habrían barrido. Pero ya las basuras habían sido llevadas a un carrito, que en aquel instante se alejaba del hospital. Se mandó parar el vehículo. Un operador llevó un electroscopo cargado, le colocó por encima del vehículo y comprobó que la hoja del electroscopo caía con velocidad desacostumbrada. Indicaba esto una yonización intensa del aire, y, en consecuencia, declaró que el tubo, cuya falta se lamentaba, debía hallarse entre la basura acumulada en el vehículo. Se procedió a una minuciosa investigación que condujo al hallazgo del precioso objeto.

La solemne apertura del curso Académico de 1914 a 1915 se celebrará, como de costumbre, el 1.º de Octubre próximo, en el Paraninfo de la Universidad. Del discurso inaugural está encargado el distinguido Catedrático de la Facultad de Medicina D. Juan E. Iranzo.

Como según previene el art. 150 de la vigente ley Municipal, los Ayuntamientos tienen que remitir al Gobierno de la provincia sus presupuestos aprobados para el próximo año antes del día 15 de Septiembre, deben los Facultativos titulares reclamar de los Municipios que se consigne en aquéllos la dotación municipal que les corresponde, acudiendo en queja al Gobernador civil si se prescinde en dichos presupuestos de tal partida, o si la dotación consignada en el artículo correspondiente no sea la estipulada en los contratos con arreglo a la Legislación vigente.

COPIAS A MÁQUINA.—Se reciben encargos en la Administración de HOJAS MÉDICAS. Precios muy económicos.

Enhorabuena.—Nuestro distinguido colega Dr. D. Jaime Peyri y Rocamora ha ingresado en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona.

No debemos hacer elogios de tan distinguido compañero, pues de todos es bien conocido por sus brillantes trabajos científicos y por sus obras publicadas, destacando los de las especialidades que cultiva, como son los referentes a dermatología y sifiliografía, los cuales le han valido el poder llegar a recibir la honrosa investidura de Académico de la Real de Barcelona.

El discurso de recepción, que fué contestado por el Académico y Rector de la Universidad Dr. D. Valentín Carulla, versó sobre el tema «Orientaciones actuales de estética dermatológica», por el cual fué muy aplaudido y calurosamente felicitado.

Reciba tan distinguido e ilustre compañero y estimado compañero nuestra sincera felicitación.

Quedamos agradecidos a nuestro querido colega valenciano *Policlínica* por la reproducción en su número de Septiembre del artículo de nuestro culto colaborador Dr. Gómez Salvo, titulado «Contribución al diagnóstico de la inserción viciosa de la placenta».

Asimismo damos las gracias a *La Mujer y el Niño* por la misma distinción tenida con la historia clínica de «Un caso de pelviciación osteomalácica», recogida en el servicio del doctor D. Pedro Ramón y Cajal, por su distinguido alumno interno D. A. García Bersabé, y publicada por nosotros en el número de Junio.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Los Progresos de la Clínica, suplemento al núm. 20, correspondiente al mes de Agosto de 1914:

I. Progresos de la Cirugía ortopédica durante el año 1913, por el Dr. D. Joaquín Decref, de Madrid.

II. Tratamiento del cáncer por las

substancias radioactivas, por el doctor don Tomás Garmendía, pensionado en Berlín por el Gobierno español.

III. Nota clínica: Un caso de osteosarcoma de la tibia, por el Dr. Perera, de Madrid.

IV. Casos clínicos: 1.º Voluminoso sarcoma de la órbita (lámina II), por el doctor Perera. 2.º Sífilis hereditaria, por el doctor Lazo.

V. Reseña de las sesiones de las Academias y Sociedades médicas.

VI. De nuestro pensionado en París.

VII. Revista de la Prensa.

VIII. Bibliografía.

Sumario del suplemento:

I. Ventajas que ofrece la suscripción al periódico y mejoras en la Revista para 1914.

II. Disposiciones oficiales.

III. Noticias de interés general.

IV. Partidos médicos vacantes.

V. Correspondencia con los señores suscriptores.

Tuberculosis genital en la mujer, por el Dr. Ricardo Horno Alcorta.

Folleto de 15 páginas, con cuatro figuras. (Dos ejemplares).

Formulario de las Especialidades Farmacéuticas, por el Dr. FUENTES TAPÍS.

Obra de gran utilidad para Farmacéuticos y Médicos. Único libro que sobre esta materia se ha publicado en España. Consta de 407 páginas en 8.º, se encontrará reunidas ordenadamente 1.379 monografías de las Especialidades españolas y extranjeras más conocidas.

Precio: encuadernado en tela, 3 pesetas. Pídase en todas las librerías. Los que deseen recibirle por correo certificado deben pedirle al autor DR. FUENTES, Palencia, remitiendo por Giro Postal 3'35 pesetas.

VACANTES

DE MÉDICO

La de Monreal de Ariza (Zaragoza), lugar de 716 habitantes, a 32 kilómetros de su cabeza de partido y 194 de la capital.

La estación más próxima, Ariza, a cuatro kilómetros, por dimisión, con la dotación anual de 750 pesetas, satisfechas por trimestres vencidos del presupuesto municipal por el concepto de Beneficencia, más 1.750 pesetas a que ascienden las iguales de las familias acomodadas, respondiendo del pago de esta última cantidad una comisión de mayores contribuyentes, con obligación del profesor agraciado de visitar seis familias que se encuentran en las casillas del ferrocarril, tres en la línea de Madrid-Zaragoza y otras tres en la de Valladolid-Ariza. Solicitudes hasta el 1.º de Octubre al alcalde D. Dionisio Artecho.

—La de Campillo de Ranas (Guadalajara), lugar de 680 habitantes, a 30 kilómetros de la cabeza de partido y 50 de la capital. La estación más próxima, Humanes, a 50 kilómetros, y la de Majaerayo y El Vado, que componen partido médico, con el sueldo anual de 758 pesetas, pagadas por trimestres vencidos, con arreglo a lo que a cada Municipio le corresponda, quedando el que resulte agraciado en libertad de contratar sus servicios facultativos con los vecinos de ambos pueblos. Solicitudes hasta 1.º de Octubre al alcalde D. Julián Calleja.

—La de Ciria (Soria), villa con Ayuntamiento de 552 habitantes, a 30 kilómetros de la cabeza de partido y 44 de la capital. La estación más próxima, Calatayud, a 43 kilómetros, por dimisión, con la dotación de 750 pesetas anuales, pagadas del presupuesto municipal. Por el concepto de iguales y de las clases acomodadas percibirá el agraciado 350 medias de trigo puro, cobradas en la recolección de cereales por la comisión al efecto. La situación topográfica de esta villa es buena, y las vías de comunicación a la carretera de Soria a Calatayud se hallan a unos dos kilómetros de distancia, con servicio de coches. Solicitudes hasta el 30 de Septiembre al alcalde D. Pedro Gonzalo.

—La de Ejulve (Teruel), villa de 1.210 habitantes, a 20 kilómetros de la cabeza de partido, y 87 de la capital, la estación más próxima, Alcañiz, a 55 kilómetros, por dimisión, su dotación consiste en 1.000 pesetas anuales. El agraciado percibirá además en concepto de iguales 1.875 pese-

tas, pagadas en dos semestres por una Junta que le responderá al pago. Solicitudes hasta el 3 de Octubre al alcalde don Felipe Pascual.

—La de Espeja (Soria) y su distrito, villa a 18 kilómetros de la cabeza de partido y 68 de la capital. La estación más próxima, San Esteban de Gormaz, por defunción, con la dotación anual de 999 pesetas, pagadas del presupuesto municipal por trimestres vencidos, por la asistencia de trece familias pobres y transeúntes. El agraciado podrá contratar las iguales de 120 familias pudientes de esta villa y su agregado Orillares, distante un kilómetro de buen camino, que le producen 200 fanegas de trigo. Solicitudes hasta el 10 de Octubre al alcalde D. Rufino Ortega.

AVISO

Se advierte a los compañeros que lleven intención de solicitar una plaza de médico que se anuncia para prestar los servicios a una Sociedad de la villa de Montalbán, que el que suscribe, médico titular de la misma y subdelegado del partido, tiene igualados para el año próximo a la mayoría del vecindario; obediendo estas disposiciones a rencillas locales y enemistades políticas ajenas por completo al ejercicio profesional. El médico que desee informes más amplios puede dirigirse al referido titular D. Félix Serraller.

Montalbán 15 Agosto 1914.—Félix Serraller.

—La de Santa María de Huerta (Soria), villa de 573 habitantes, a 29 kilómetros de la cabeza de partido y 80 de la capital, tiene estación de ferrocarril, con la dotación anual de 50 pesetas por beneficencia y 2.450 que producen las iguales. El profesor que sea agraciado podrá contratar libremente la asistencia facultativa con los empleados del ferrocarril y vecinos de la Granja de San Pedro, distante cuatro kilómetros de carretera, todo lo cual puede producirle unas 500 pesetas. Solicitudes hasta el 2 de Octubre al alcalde D. Benito Millán.

—La de Peleas de Arriba (Zamora), lugar de 698 habitantes, a 25 kilómetros de

la cabeza de partido y 22 de la capital; la estación más próxima, Corrales, a cuatro kilómetros, por renuncia del que la desempeñaba, dotada con 750 pesetas anuales, pagadas por trimestres vencidos, por la asistencia de 25 a 30 familias pobres, transeúntes y casos de quintas, quedando en libertad para contratar particularmente con los vecinos. Solicitudes hasta el 2 de Octubre al alcalde D. Laureano Fernández.

—La de Tabuenca (Zaragoza), villa de 1.326 habitantes, a 16 kilómetros de la cabeza de partido y 50 de la capital; la estación más próxima, Ainzón, a 15 kilómetros, y su agregado Talamantes, por enfermedad del que la desempeñaba, con el haber anual por Beneficencia de 808 pesetas y 192, respectivamente, que forman las 1.000 que corresponden a este partido médico, satisfechas por los respectivos Ayuntamientos y por trimestres vencidos del presupuesto municipal. Esta villa, mediante una Junta, entrega al profesor por iguales 1.692 pesetas anuales, trimestralmente, formando un total de 2.500 pesetas, a más de la libertad de poder igualar al agregado Talamantes, si así conviniera al agraciado. Solicitudes hasta el 9 de Octubre al alcalde D. León Carnicer.

—Una de Almuñécar (Granada), ciudad de 8.022 habitantes, a 22 kilómetros de Motril, por jubilación del que la desempeñaba, dotada con el sueldo anual de 1.500 pesetas. Los aspirantes tienen que reunir las condiciones que determina la Instrucción general de Sanidad de 14 de Julio de 1903, y tendrán los derechos y deberes que señala la legislación vigente, para lo cual se comunica la vacante de referencia a la Junta de Gobierno y Patronato de médicos titulares a los efectos del artículo 107 de dicha Instrucción. Solicitudes hasta el 2 de Octubre al alcalde D. Félix Herrero Caballero.

—La de Montearagón (Toledo), partido de Talavera de la Reina. Dotada con 750 pesetas. Tiene 900 habitantes y 30 familias pobres. Topografía buena. Solicitudes al 5 de Octubre.

—La de Velilla de San Antonio (Madrid), partido de Alcalá de Henares. Tiene 460 habitantes y 50 familias pobres. Solicitudes al 5 de Octubre.

—La de Albahurín el Grande (Málaga), partido de Cohín. Por jubilación del que la ha venido desempeñando durante más de cuarenta años, con 2.000 pesetas de dotación. Tiene 8.700 habitantes y 587 familias pobres. El titular ha de recorrer cinco kilómetros por terreno accidentado. Solicitudes al 3 de Octubre.

—La de Casatejada (Cáceres), partido judicial de Navalморal de la Mata. Habitantes 1.529, distante 11 kilómetros de Navalморal. Estación en el ferrocarril de Madrid a Portugal. Dotación anual 2.800 pesetas por la asistencia a 250 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta 1.º de Octubre al alcalde D. J. Navarro.

—La de Moguer (Huelva), partido judicial de su nombre. Habitantes 8.455; distante 22 kilómetros de Huelva y a 5 de San Juan del Puerto, la estación más próxima. Dotación anual 2.000 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 1.º de Octubre al alcalde D. A. H. Pinzón.

—La de Nijar (Almería), partido judicial de Sorbas, por defunción. Habitantes 12.497; distante 22 kilómetros de Sorbas y 36 de Almería, la estación más próxima. Dotación anual 2.000 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 5 de Octubre al alcalde D. C. Martínez.

—La de Velamazán (Soria), partido judicial de Almazán, por defunción. Habitantes 465; distante 11 kilómetros de Almazán y 5 de Rebollo, la estación más próxima. Dotación anual 50 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 200 fanegas de trigo en concepto de iguales. Las solicitudes hasta 5 de Octubre al alcalde D. Dionisio Jarabo.

—La de Fuentescusa (Cuenca), partido judicial de Priego. Habitantes 452; distante 11 kilómetros de Priego y 35 de Chillarón, la estación más próxima. Dotación anual 75 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 3 de Octubre al alcalde don Fermín Solanilla.

—La de Gállegos (Segovia), partido judicial de Sepúlveda, por renuncia. Habitantes 622; distante 23 kilómetros de Sepúlveda y 34 de Segovia, la estación más

próxima. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a 10 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 4 de Octubre al alcalde D. Anastasio Velázquez.

—La de Ragama (Salamanca), partido judicial de Peñaranda de Bracamonte, por renuncia. Habitantes 779; distante 14 kilómetros de Peñaranda, la estación más próxima. Dotación anual 900 pesetas por la asistencia a 35 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 4 de Octubre al alcalde D. Julián Gutiérrez.

—La de Rasueros (Ávila), partido judicial de Arévalo, por renuncia. Habitantes 963; distante 33 kilómetros de Arévalo y 14 de Cantalapiedra, la estación más próxima. Dotación anual 1.000 pesetas por la asistencia a 50 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 4 de Octubre al alcalde D. Isaac Rico.

—La de Cañizares (Cuenca), partido judicial de Priego, por estar servida interinamente. Habitantes 644; distante 15 kilómetros de Priego. Dotación anual 900 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 5 de Octubre al alcalde D. Patricio Novillo.

—La de Alcalá de Júcar (Albacete), partido judicial de Casas Ibáñez. Habitantes 2.705; distante 8 kilómetros de la cabeza de partido y 40 de Albacete, la estación más próxima. Dotación anual 1.350 pesetas por la asistencia a 100 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 6 de Octubre al alcalde D. Manuel Gutiérrez.

—La de Azaila (Teruel), partido judicial de Híjar, por renuncia. Habitantes 700; distante 12 kilómetros de Híjar. Estación en el ferrocarril de Madrid a Barcelona. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a cuatro familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 6 de Octubre al alcalde D. Antonio Artal.

—La de San Pedro (Albacete), partido judicial de Chinchilla. Ayuntamiento de 1.260 habitantes, compuesto de 13 pueblos. San Pedro dista 42 kilómetros de Chinchilla. Dotación anual 998 pesetas por la asistencia a 70 familias pobres y 2.500 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 6 de Octubre al alcalde D. José Lorenzo.

Correspondencia administrativa

ADVERTENCIA

Se ruega a los señores suscriptores que, si algún error apareciese en la presente Lista, lo avisen a esta Administración, con el fin de no entorpecer la buena marcha de la misma.

Suscriptores a "Hojas Médicas," durante el segundo semestre del año actual (1914)

(CONTINUACIÓN)

- | | |
|--|---|
| D. Francisco Gastón, Calcena. | D. Santiago González, Idem. |
| » Enrique Pascual López, Calatayud. | » Camilo Moraleas, Idem. |
| » Domingo Monreal, Idem. | » Miguel Nicolau, Mequinenza. |
| » Braulio San Amós, Brea. | » Basilio Navarro, Fabara. |
| » Adolfo Escudero, Olivés. | » Manuel Lozano, Daroca. |
| » Ramón López, Calatayud. | » Gaspar Moré, Cubel. |
| » Crisanto Gil, Idem. | » Francisco Elipe, Daroca. |
| » Juan P. Enciso, Idem. | » Primo Torner, Fuentes de Jiloca. |
| » Waldo Ferrer, Idem. | » Miguel E. Garatachea, Villafeliche. |
| » Florencio Llanas, Idem. | » Rafael Aisa, Luna. |
| » Francisco Gaspar, Idem. | » Martín Blesa, Ejea de los Caballeros. |
| » Hipólito Noarbe, Idem. | » Ambrosio Cubeñas, Idem. |
| » Epifanio A. Casbas, Illueca. | » Esteban Mayayo, Idem. |
| » Felipe Guin Cortés, Terrer. | » Fabriciano Benavides, Ejea de los Caballeros. |
| » Constantino Rives, Tobed. | » Sixto Bescós, Murillo de Gállego. |
| » Tomás Iribarren, Sabiñán. | » Nemesio Lon, Santa Eulalia de Gállego. |
| » Luis Díaz Conde, Paracuellos de Jiloca. | » Patricio Jordana, Erla. |
| » Francisco Pastor, Villalba. | » Juan J. Cabrera, Orés. |
| » Cecilio Hernández, Torralba de Ribota. | » Miguel Bernabé, Castejón de Valdejasa. |
| » Felix V. Marzol, Paracuellos de la Ribera. | » Valero Bueno, El Frago. |
| » Miguel Martínez, Jarque. | » José Lázaro, Bardallur. |
| » Eugenio Martínez, Arándiga. | » Juan Gómez, Grisén. |
| » Alejandro Pascual, Idem. | » José Marín, Alagón. |
| » Santiago Luis García, Herrera. | » Emilio Carilla, Rueda de Jalón. |
| » Tomás Martínez, Aguilón. | » Francisco Ainsa, Epila. |
| » Casiano Ambroj, Muel. | » Ponciano Sariñena, Almonacid de la Sierra. |
| » Bonifacio Segura, Aguarón. | » Rafael Abengoechea, Bárboles. |
| » Fernando Moros, Cariñena. | » José Aznar, La Almunia. |
| » Francisco Blasco, Caspe. | |

(Se continuará).

Píldoras PIN

A base de protooxalato
ferroso, cuasina y gen-
- - - - ciana lútea - - - -
- El mejor regenerador -
- - - - de la sangre - - - -

Precio: Pesetas 2'50

Farmacia de MARIANO PIN

Cerdán, 5 y Escuelas Pías, 8, Zaragoza

DR. E. PASTOR GUILLÉN

== RAYOS X ==

Electricidad médica (altas frecuencias, corrientes farádicas, galvánicas,
cauterio, endoscopia, masaje vibratorio, etc., etc.)

Microscopia clínica * Consulta de 3 a 5

Casa Jiménez, número 5, principal — Zaragoza

A los Autores y Editores

“Hojas Médicas,, anunciará en dos números sucesivos todas las obras de las que se envíe un ejemplar y hará, además, un juicio crítico imparcial si se remiten dos ejemplares.

“Hojas Médicas,, annoncera pendant deux mois tout ouvrages envoyés à nos bureaux: si deux exemplaires nous sont parvenus nous ferons l'analyse bibliographique.

MEDICINA DE URGENCIA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNCOPE

De todos los cuadros clínicos que reclaman asistencia urgente, ninguno como el síncope; al fin y al cabo, el síncope es una suspensión de la vida; suspensión completa o no, real o aparente, definitiva o transitoria, pero suspensión; de lo que ésta dure dependerá el final.

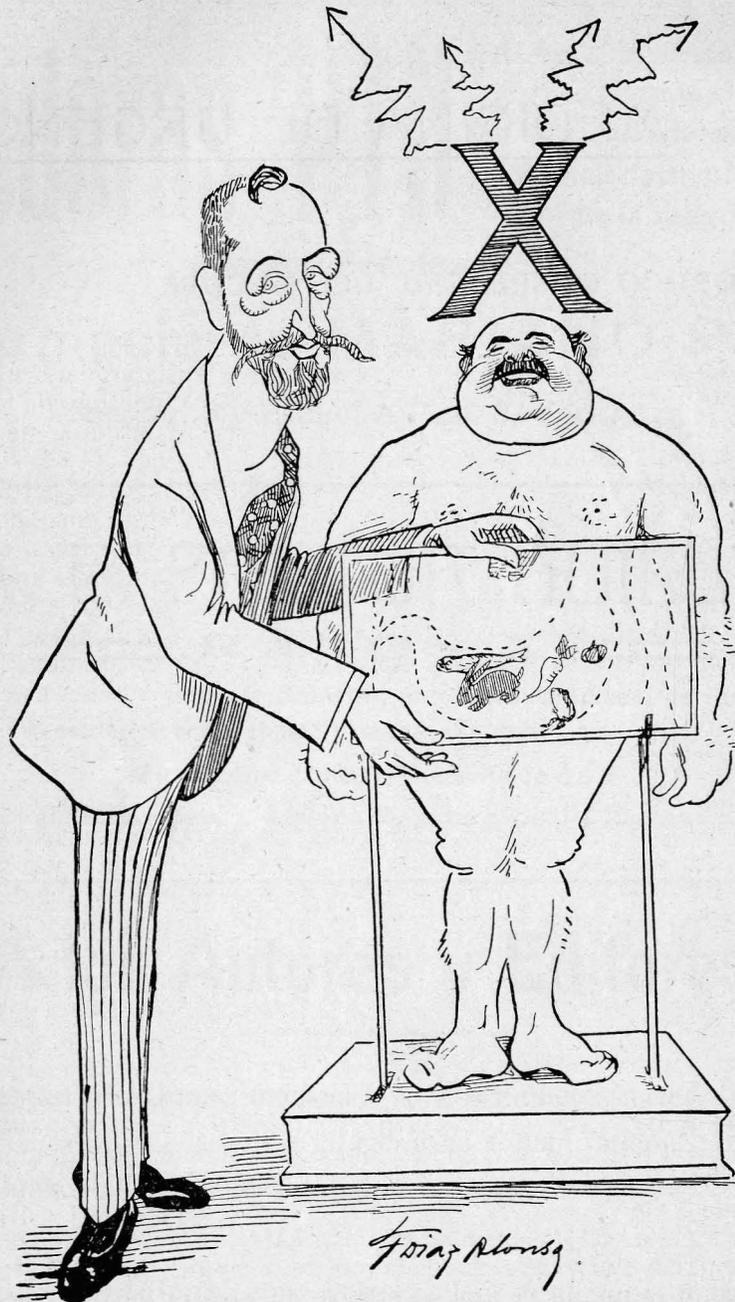
Un indefinible y característico malestar, una penosa angustia, pérdida del conocimiento, facies alterada, mirar vago, ojos en blanco un poco después, nariz afilada, pulso filiforme, respiración que se detiene, sudor frío.....; tal es el síncope incompleto. Poco a poco van volviendo las funciones todas por el orden mismo en que desaparecieron, y el sincopado vuelve a la vida.

Otras veces, esos mismos síntomas se acentúan y se prolongan. La pérdida de conocimiento es mayor, la relajación muscular es absoluta, la palidez es cadavérica, la sensibilidad es nula, la pupila dilatada es insensible, los ojos son vidriosos, la respiración está suspendida, el pulso ha desaparecido, el cuerpo cede a su propio peso como una masa inerte. Este es el síncope completo.

El diagnóstico diferencial del síncope hay que hacerlo en otros estados parecidos, pero hay que hacerlo también con las distintas causas que lo provocan; y claro está que en presencia de un sincopado hay que hacer al contrario que en cualquier otro enfermo: hay que tratar primero y que diagnosticar después. La urgencia es tanta, que la cafeína y el éter, el aceite alcanforado y la faradización, la respiración artificial y las tracciones rítmicas de la lengua, son los primeros pasos a seguir. Después, cuando el enfermo vuelve en sí, hay tiempo de investigar la causa del síncope y volver a obrar en consecuencia.

Con dos estados nada más puede confundirse el síncope: con la apoplejía cerebral fulminante y con la muerte. Con muchos comas o con la apoplejía cerebral no rápida no cabe confusión, ya que aquí la respiración es ruidosa, y el pulso fuerte, y la facies distinta. En cambio, con los dos estados mencionados es difícilísimo el diagnóstico, hasta el punto de ser en muchas ocasiones imposible. De todas suertes, si lo que creemos síncope se prolonga, a pesar del tratamiento rápido y enérgico, y se prolonga unos minutos, estaremos en el terreno de la muerte real, quizá independiente de enfermedad provocadora de síncope alguno. Si, por el contrario, pretendemos establecer tratamiento ante un caso de muerte segura y ante la cual dudamos, la convicción del tiempo perdido no nos dará la certidumbre de un síncope anterior. ¿A qué diferenciar?

Cuando se trata de distinguir los síncope entre sí, hay que pasar un ligero recorrido por la patología para ver las enfermedades que pueden provocarlos. Es decir, que realmente no existe el diagnóstico diferencial, toda vez que el cuadro clínico del síncope es siempre el mismo, sea su etio-



DR. EDUARDO PASTOR

logía cual fuere. Y si bien es verdad que hay un síncope cardíaco y otro bulbar, cuyos caracteres clínicos difieren un poco (diferencia que estriba en esos fenómenos que acompañan a una acción directa o indirecta sobre el corazón, o a una acción refleja sobre el sistema nervioso o sobre el bulbo), en fin de cuentas es siempre el mismo síndrome, con más palpitaciones y angustia que vértigos y disnea, o al contrario, según de qué se trate.

Por consiguiente, y una vez que el sincopado ha vuelto en sí, hay que hacer el diagnóstico diferencial de la causa que motivó el síncope y recordar que el aparato circulatorio, y el respiratorio, y el nervioso, y el digestivo, y los estados infecciosos, contribuyen por igual a la etiología de tan alarmante y, a veces, fatal fenómeno.

En el aparato circulatorio se da el síncope: en la pericarditis aguda por la abundancia del derrame y por la participación que toma el miocardio; en todas las afecciones valvulares y óricas, pero sobre todo en la estrechez mitral y en la insuficiencia aórtica, por reflejo nervioso; en la trombosis cardíaca consecutiva a convalecencias de infecciones graves o a estados de caquexia, por coagulación intracardíaca de la sangre, si la trombosis es primitiva al síncope; en el pulso lento permanente, por una alteración del fascículo de His. En cambio, ni en las roturas aneurismáticas, ni en el ateroma aórtico, se dan los síncope, y si estados parecidos: en aquéllos habrá hemorragia interna y la muerte vendrá, dentro de la mayor o menor rapidez, de una manera progresiva; en éste habrá coronaritis, y la muerte será el resultado de una angina de pecho.

En el aparato respiratorio, las pleuresías con derrame representan toda la etiología del síncope. Cuando el derrame es abundante, y sobre todo si está en el lado izquierdo, gravita sobre el corazón y lo rechaza, torciendo los vasos de su base. Otras veces, la aurícula derecha comprimida, la arteria pulmonar trombosada, el corazón degenerado, contribuyen al síncope. Y en algunas otras, éste depende de la evacuación del líquido al hacer la toracentesis, bien por movilizar un coágulo cardíaco, bien por una embolia dependiente de una flebitis.

Por lo que al sistema nervioso se refiere, hay síncope de origen nervioso, propiamente dicho, y de origen reflejo. Es unas veces la epilepsia y otras el histerismo, el factor etiológico; es el ictus laríngeo de la tabes o la crisis de tos convulsiva; es el traumatismo en el terreno del gran simpático o el dolor en los sujetos nerviosos; es el miedo en el neurópata o el raro complejismo en multitudes encerradas en pequeños locales.

Por parte del aparato digestivo, en sujetos atacados bruscamente de evacuaciones alvinas profusas, puede darse el síncope, sobre todo si van acompañadas de dolor; y en la oclusión intestinal seguida de evacuación enorme, y en las evacuaciones rápidas de ascitis o quistes hidatídicos.

En algunas enfermedades infecciosas, sobre todo en el comienzo de la gripe y durante el curso de la difteria, fiebre tifoidea, neumonía y viruela o en las convalecencias, puede darse el síncope, bien por la acción de las toxinas sobre el bulbo, bien por alteraciones cardíacas, bien por inestabilidad de la tensión arterial.

Por último, en las hemorragias rápidas y abundantes, sean de la naturaleza que sean, en las poco abundantes y a menudo repetidas, en las anemias post-hemorragicas y en las que hay alteración primitiva de la sangre, es también el síncope frecuente.

Ya sé yo que el estudio del síncope equivale al de la patología médica completa; pero hay que hacerlo así, si se quiere hacer una labor fructífera respecto a las causas provocadoras de ese síndrome tan importante por su

urgencia y por sus resultados. Una vez conocida la causa, podrá tratarse a conciencia y en condiciones ventajosas. Por eso insisto una vez más en lo que ha de hacerse en presencia de un sujeto sincopado: tratarlo con urgencia, interrogar después, explorar detenidamente, indagar la causa, establecer una medicación preventiva. Con ésta, evitaremos probablemente que el fenómeno fatal se repita; que, mortal o no, significa suspensión de la vida, y la vida lo es todo.

FRANCISCO CUENCA.

REVISTA DE REVISTAS

El peligro de los portadores de bacilos en la fiebre tifoidea y diarreas.

Ingvar describe tres portadores causantes de epidemias. Una lechera produjo en los años 1907 a 1908, en Cristianía, una epidemia de 300 casos de paratífus; en Noviembre de 1908 produjo 33 casos, y en Octubre algunos más, y en 1913 produjo una cuarta epidemia. El segundo caso era el de un cocinero de un navío que produjo una epidemia en el barco, y el tercero el de una cocinera que dió lugar a 58 casos, de los cuales diez murieron.

(*Ustvedt. Zeitschrift. für. Hyg. Med. Infektions-Krankheiten.*—1914).

Contagio tífico por la leche

Rimpau describe una epidemia tifoidea acaecida en Munich durante el mes de Agosto de 1913. Tuvo lugar entre la clientela de una lechería, siendo 65 casos seguros debidos a ella y 30 probablemente. Fueron descubiertos cinco portadores de bacilos. Insiste sobre la no conveniencia de hacer uso de la leche cruda.

(*Münchener. Med. Wochenschr.*—1914).

Significación de la reacción de Boutenko

Según ciertos autores, haciendo hervir durante algunos segundos la orina de los paralíticos generales, adicionada de algunas gotas de protonitrato de mercurio, se obtiene un precipitado negro, mientras que la orina de otros enfermos, tratada en las mismas condiciones, forma un precipitado blanco. Esta reacción urinaria sería,

por lo tanto, característica en la parálisis general y de gran utilidad para su diagnóstico.

Como las investigaciones clínicas hechas en este sentido por Price y Telle dieron resultados contradictorios, dichos autores procuraron dilucidar la naturaleza, el mecanismo de la reacción y las condiciones susceptibles de influir sobre ellas. Empleando una técnica rigurosa, estudiaron sucesivamente en la orina la influencia de la alcalinidad sobre el protonitrato de mercurio, la de la densidad de los sulfuros, de las sales neutras, de la urea, del ácido úrico, de los ácidos aminados, de los compuestos glucosúricos y de la creatinina.

Estos experimentos han demostrado, por eliminación sucesiva, que la reacción de Boutenko es debida a una acción especial de la creatina sobre las sales de mercurio. Es, por lo tanto, tan característica como de la helmintiasis o de ciertas enfermedades febriles.

En general, su significación clínica, bastante vaga y compleja, se limita a indicar la presencia en la orina de un exceso de uratos y de fosfatos con una proporción de creatina igual, cuando menos, a la normal.

(*La Presse Medicale*).

Las secreciones internas en relación con la Patología mental

El doctor Fernández Sanz resume del siguiente modo un luminoso trabajo acerca de este importantísimo tema:

1.^a Existen entre las glándulas endocrinas y las funciones psíquicas, evidentes relaciones, tan íntimas y múltiples que,

descontando los propios órganos nerviosos, puede afirmarse que aquellas glándulas son las partes del organismo que mayor influencia tienen en las manifestaciones de la actividad mental. Esta influencia se demuestra por pruebas de diversos órdenes que pueden clasificarse en las categorías siguientes: etiologicopatogénicas, anatomopatológicas, sintomáticas y terapéuticas.

2.^a Las pruebas etiológicas y patogénicas consisten en la existencia demostrada de causas psíquicas en las enfermedades endocrinas, y recíprocamente, de causas endocrinas en las enfermedades psíquicas; siendo ejemplo de lo primero la influencia de las emociones en la génesis del bocio exoftálmico, y de lo segundo, la frecuente producción de psicopatías, coincidiendo con alteraciones endocrinas como el bocio, exoftálmico o no, las lesiones paratiroideas e hipofisarias, etc., o bien en épocas de la vida como la pubertad o la menopausa, en las que ocurren importantes cambios en la actividad funcional de las glándulas de secreción interna. También es otro argumento de valor el doble y recíproco cambio de influjos entre los estados emotivos y las funciones endocrinas, que se verifica por intermedio del sistema nervioso de la vida vegetativa. Los recientes descubrimientos referentes a las relaciones de los productos de secreción interna, con el tono de los sistemas simpático y autónomo, han impreso nuevo rumbo a la patogenia de las psicopatías, y muy especialmente a la de las psiconeurosis.

3.^a Las pruebas anatomopatológicas se refieren a la coincidencia de lesiones de las diversas glándulas endocrinas en los casos de psicopatías; a pesar de las numerosas observaciones necropsicas ya realizadas, y entre las que descuellan las de Parhon, todavía no ha sido posible llegar a más conclusiones que a la general de que en los estados psicopáticos, son frecuentes las alteraciones anatómicas de dichas glándulas, pero sin que esté demostrada la constancia ni tampoco la especificidad de las mencionadas alteraciones; además, estas pruebas anatomopatológicas se presentan, en la mayoría de los casos, a la obje-

ción de que no permiten afirmar la dependencia causal de las perturbaciones cerebrales respecto de las lesiones endocrinas, sino solamente su coexistencia, pudiendo, unas y otras, ser efectos coordinados de una causa común. Especial atención ha merecido de los investigadores el peso del tiroides en las psicopatías, pareciendo exista cierta relación entre las variaciones de aquél y la forma de éstas, pues es mayor en las psicosis afectivas, que ofrecen afinidad sintomática con la enfermedad de Basedow, y menor en los estados demenciales, que a su vez presentan cierta analogía con las manifestaciones psíquicas del mixedema.

4.^a Las pruebas sintomáticas ofrecen, como las etiológicas, un doble y recíproco aspecto, refiriéndose, unas, a la existencia de síntomas psíquicos en diversas enfermedades endocrinas, y otras, inversamente, a la presencia de síntomas de filiación endocrina en el curso de las afecciones mentales. Las primeras son las de más fuerza y las más de antiguo y mejor conocidas, constituyendo los más típicos ejemplos de las mismas los numerosos, importantísimos y constantes síntomas psíquicos del bocio exoftálmico, del mixedema, de la acromegalia, de los infantilismos, etcétera. En muchas psicopatías existen también síntomas de perturbación de las secreciones internas, pero con un carácter más accidental, discreto e inconstante que en el caso inverso. A este mismo grupo de pruebas pertenecen también las derivadas de la frecuente asociación de las psicopatías con las endocrinopatías, de las que se han publicado numerosos y variados ejemplos, mereciendo especial mención la de la enfermedad de Basedow con la psicosis maniaco depresiva y la de la acromegalia con la demencia precoz.

5.^a Las pruebas terapéuticas se fundan en los resultados obtenidos con los medicamentos opoterápicos en el tratamiento de diversas enfermedades mentales; estos resultados son todavía poco concluyentes y en parte contradictorios, por lo que no es posible aún obtener de ellos deducciones terminantes; sin embargo, cuando coinciden con indicios demostrativos de otra índole pueden contribuir a esclarecer

la patogenia endocrina de ciertos trastornos psíquicos, y a medida que se vayan perfeccionando los procedimientos de obtención y de aplicación de los productos operatorios irá aumentando su eficacia y crecerá el número de sus indicaciones. En la actualidad se pueden emplear ya como medicación coadyuvante en la terapéutica de varias psicosis, como la demencia precoz, las psicopatías epilépticas, etc.

6.^a Todos los trabajos hasta el día realizados demuestran las indiscutibles relaciones de los trastornos endocrinos con las perturbaciones psíquicas, pero sólo en términos generales, de tal vaguedad e imprecisión, que no permiten aplicaciones prácticas realmente fecundas, las cuales serán sólo posibles cuando se haya logrado establecer conexiones fijas, terminantes y concretas entre cada una de las alteraciones de las glándulas, individualmente consideradas, y cada una de las manifestaciones psicopáticas, también en particular estudiadas. Hasta ahora sólo se ha podido indicar algún esbozo de conexión especial, como la de las psicosis afectivas con los fenómenos de secreción exagerada o pervertida del tiroides, que se consideran causa de la enfermedad de Basedow, la de ciertos estados demenciales con el proceso inverso de hipotiroidismo, la de un síndrome de inhibición afectiva con los trastornos hipofisarios que engendran la acromegalia, la de la suspensión o aberración del desarrollo psíquico con la insuficiencia evolutiva de las glándulas sexuales, etcétera.

7.^a Las secreciones internas ejercen influencia, no sólo en las perturbaciones mentales, sino también en los actos propios de la psicología normal. A la luz de fisiología de aquéllas esclarecen muchos oscuros problemas de la psicología de los sexos y de las edades, de la formación y evolución del carácter individual, del mecanismo de las emociones, de muchas otras cuestiones de psicofisiología, que convergen en el indescifrado enigma de la influencia mutua de lo moral y de lo físico.

(Arch. de Ter. de los Enfs. Nervs. y Mentales).

Lesiones cardíacas consecutivas a accidentes de trabajo.

Conclusiones de un artículo publicado por el Dr. Pablo Horn, de Bona:

1.^a Las lesiones cardíacas consecutivas a accidentes de trabajo pueden ser producidas o por acción psíquica o por acción mecánica. En el primer caso pueden sobrevenir de un modo primitivo, como consecuencia inmediata del accidente, o de un modo secundario en el curso ulterior de la enfermedad. Las lesiones cardíacas consecutivas a una acción mecánica son, desde el punto de vista clínico, o bien funcionales para siempre o bien funcionales al principio y después orgánicas, o, por último, marcadamente orgánicas desde el primer momento.

2.^a Las alteraciones cardíacas primitivamente psicógenas que sobrevienen después de accidente de trabajo, se observan, principalmente, en las llamadas neurosis por terror, y combinadas generalmente con anomalías vasculares o con otras manifestaciones en el sistema nervioso vegetativo.

3.^a Las alteraciones cardíacas de naturaleza secundaria que se desarrollan de un modo secundario, hay que atribuirles, en muchos casos, a las contiendas entabladas para percibir la indemnización y a las emociones ocasionadas con tal motivo. Pertenecen, por lo tanto, al grupo de las neurosis de «lucha por la renta», y como tales, habrá casos en que no tendrán derecho a indemnización.

4.^a Existen casos, si bien excepcionales, en los que se presentan alteraciones arterio-escleróticas en el curso de las neurosis de «lucha por la renta», así como también se observan casos de arterio-esclerosis como consecuencia de traumatismos de cabeza. Esto no obstante, para reconocer como causa el accidente ocurrido, es de todo punto indispensable el poder excluir todo otro factor etiológico.

5.^a El pronóstico de las perturbaciones cardíacas funcionales, consecutivas a accidentes de trabajo, es favorable, como el de la mayoría de las neurosis debidas a semejante causa, pero a condición de que

las diligencias legales necesarias para resolver el asunto de la indemnización terminen pronto y de un modo definitivo. Cuando lo que se debate es el señalamiento de una renta, la desaparición de las perturbaciones funcionales suele verificarse con una lentitud extraordinaria o no se llega a presentar.

6.^a Cuando se trata de la indemnización de un caso de perturbación cardíaca funcional, consecutiva a una contusión del tórax, se recomienda adoptar una actitud expectante.

7.^a Las alteraciones orgánicas del corazón, consecutivas a una acción mecánica (contusión del pecho, conmoción general, violencia, esfuerzo corporal muy considerable), se desarrollan al principio con un carácter puramente funcional para ir transformándose poco a poco, o bien en ocasiones con mucha rapidez, en perturbaciones considerables del corazón y de la circulación. Las lesiones más graves del corazón, tales como las desgarraduras de las válvulas u otras análogas, dan origen a la aparición súbita de síntomas graves y sumamente acentuados clínicamente.

8.^a Para la solución del problema de la conexión entre el accidente y las afecciones orgánicas del corazón, importa mucho la comprobación de síntomas de «puente» (de transición), así como la demostración de una aptitud funcional. Para ello se deben recoger con la mayor escrupulosidad los datos anamnésticos.

(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*).—
VALLE Y JOVE.

Procedimiento rápido para facilitar la asepsia de las inyecciones hipodérmicas. = = =

El doctor Loiselet aconseja el procedimiento siguiente, sencillo y de gran eficacia:

Las agujas de la jeringuilla se mantienen sumergidas en aceite de vaselina fenicado al 5 por 100; de este modo ni se oxidan ni hay que flamearlas, lo que las embota y vuelve quebradizas.

Cuando se va a hacer una inyección se toma una de las agujas, se adapta a la jeringa y se aspira varias veces cloroformo puro, el cual, por su gran avidez para el agua, mata los microbios instantáneamente, y después se llena la jeringa con la solución que ha de inyectarse. Para desinfectar la piel basta depositar en ella una gota de tintura de iodo y se hace la inyección antes que se evapore el alcohol de la tintura, porque así la aguja arrastra consigo algo de líquido iodado.

Terminada la operación se limpian la aguja y la jeringa y, sin necesidad de hervirla, se introducen una en el aceite fenicado y otra en su caja.

Si es necesario hacer varias inyecciones seguidas, se emplea una aguja para cada una.

El cloroformo debe cambiarse después de algún tiempo, porque absorbe una gran cantidad de aceite.

CIRUGÍA

LOS NUEVOS PROYECTILES Y SUS EFECTOS.

Ante los acontecimientos bélicos, rayanos en barbarie, que todo el orbe conmovido presencia y deplora, al ver en ellos simbolizados los horrores a que la Humanidad se entrega en momentos de insano furor, sembrando por todas partes la devastación, las lágrimas, el dolor y la muerte, saltan al pensamiento los efectos resultantes del empleo de las modernas máquinas de guerra.

Hace casi un siglo que va sucediéndose sin interrupción los inventos de armas de fuego de extraordinario alcance, de asombrosa rapidez y prontitud en los disparos; de proyectiles a cual más mortíferos y de efectos más destructores, a la vez que nuevas pólvoras y materias acrecentan la aniquiladora acción de los proyectiles.

De aquí las variaciones en el cañón de fusil, con sus rayas helizoides, el moderno cajón de los mecanismos con su aparato de repetición y las múltiples formas que a los proyectiles se les ha dado, desde la primitiva forma esférica, pasando por la cilindro cónica de base truncada.

La moderna artillería usa generalmente varias clases de cañones: cañones de marina y de costa de 40 a 45 centímetros de calibre; cañones de sitio y plaza de 12,15 y hasta de 24 centímetros (1); los de campaña de 8 y 9; de tiro rápido de 7.

Hay que añadir las ametralladoras, que constan ordinariamente de 4, de 6 y hasta de 10 cañones juntos, que lanzan balas de infantería y barren horriblemente hombres y hombres con su mortífera lluvia de plomo.

Los proyectiles que emplea la artillería son, principalmente, de cuatro clases: la bala sólida, las granadas, los shrapnels y los botes de metralla.

Estos proyectiles no suelen ser causa directa de traumatismos, y en la mayoría de los casos producen heridas cuando se dividen en numerosos trozos. Por eso, precisamente, los proyectiles de artillería más usados son las granadas y los botes de metralla.

Los trozos de proyectil no obran únicamente por su masa, que puede ser muy variable, sino que a esto hay que añadir que algunos de ellos afectan la forma de verdaderos cuchillos de doble filo, cuyos efectos en el organismo son tan tremendos que a veces convierten al sujeto en un horripilante montón informe.

Los botes de metralla se emplean para batir al enemigo a 600 metros o poco más, y contienen numerosas balas (100 ó 200).

El shrapnel es un proyectil cilindro cónico, lleno en parte de balas de

(1) En la actual hecatombe está empleando el ejército alemán obuses de campaña y sitio de 42 centímetros.—
N. de la R.

plomo y que contiene en su interior una substancia explosiva (melinita, roburita, lidita, etc.), que produce la rotura por estallido del proyectil y la simultánea lluvia de balas contenidas.

Se sabe de una manera cierta que el arma pequeña que mayor número de heridas causa es el fusil. Se calcula que el 90 por 100 del total de heridos en la guerra lo son por balas del mismo.

Ahora bien: el carácter de los traumatismos producidos depende de dos factores principales, que son: la velocidad del proyectil en el momento del impacto (velocidad residual) y la naturaleza o estructura del tejido traumatizado.

De la relación recíproca de estos dos factores depende el grado de destrucción de los tejidos; así se comprende la destrucción completa en el choque de una bala a la máxima velocidad con un tejido sumamente resistente (hueso compacto).

El choque de un proyectil con la piel determina una abertura de entrada proporcionada al calibre de la bala, si ésta es blindada; por lo regular es redonda o estrellada esta abertura en los disparos perpendiculares y ovalada o precedida de un canal si el choque es oblicuo. La abertura de salida es un poco mayor, a no ser que la bala, en su trayectoria por el miembro, llegue a chocar con un hueso.

Las heridas de la piel producidas por balas de shrapnel son completamente análogas a las producidas por la bala de fusil y, en general, puede decirse que en nada se diferencian.

En los tendones, aponeurosis y músculos, la bala traza sus huellas por simples perforaciones estrechas, rara vez proporcionada al calibre de las mismas y nunca de mayor diámetro.

Las heridas de los nervios ofrecen algunas particularidades, sobre todo cuando el proyectil va animado de gran velocidad. Esta particularidad consiste en que, gracias a la estructura especial del tejido nervioso, la energía del proyectil se propaga a través del nervio, produciendo una violenta conmoción del mismo (*Irsehütterung*, de los autores alemanes).

Esto hay que tenerlo muy en cuenta para los pronósticos, ya que aquí no solamente está alterado el nervio en el punto del choque balístico, sino que los trastornos moleculares se han propagado en sentido proximal y distal.

Y por eso su tratamiento adecuado nos da en muchos casos el satisfactorio resultado que se obtiene cuando la solución de continuidad ha sido determinada, no por un proyectil, sino por un instrumento cortante.

Respecto a las heridas de los vasos, la frecuencia de las hemorragias es de notar, y se comprende, dada la gran velocidad de que van dotados los proyectiles modernos, que hace que casi nunca se deslicen por los vasos, sino que, por el contrario, les atraviesen y perforen, determinando heridas de bordes tan limpios, que hace imposible la retracción de las paredes vasculares, por cuyo mecanismo tiende a cohibirse la hemorragia.

No es raro, como consecuencia de ser herido el vaso, la formación de un verdadero aneurisma, cuya génesis es la siguiente: Ocorre que el proyectil hiere de una manera oblicua el vaso sanguíneo, dando lugar a la destrucción de una o más capas de la pared vascular. Créase con esto un *locus minoris resistentiae* que se va dilatando progresivamente hasta que da lugar a la formación de un saco aneurismático.

En los huesos, el choque de la bala determina casi siempre una deformación de la misma, siquiera sea esta deformación insignificante quirúrgicamente considerada. Se citan casos por algunos (Habart) de perforaciones simples en algunos huesos planos, como el homoplato, la apófisis coronoides del maxilar inferior, etc.

Si el proyectil hiere de lleno la diáfisis de un hueso largo, el efecto es tremendo, pues se astilla completamente, cuando no la pulveriza. En estos casos, el orificio de salida alcanza grandes proporciones y es de forma irregular más o menos estrellada.

Existen hasta seis tipos de fractura por bala: 1.º Incompleta. 2.º En forma de Y. 3.º Oblicuas. 4.º Transversales. 5.º En forma de X. 6.º Irregulares.

Si el balazo interesa órganos de contenido líquido o pastoso, como ocurre en el cráneo, vejiga, corazón, hígado, etcétera, éstos quedan deshechos, saltan en pedazos, sin que pueda hallarse en la mayoría de los casos la trayectoria que el proyectil ha seguido por ellos.

Esto por lo que hace a las heridas en particular de las distintas partes del organismo.

En todos los casos, y claro es que salvando las diferencias existentes entre la herida producida por un pequeño proyectil y la determinada por uno de artillería, se presenta como carácter propio una conmoción o estupor local, que se propaga a alguna distancia de la lesión. Cuando el proyectil es de gran tamaño, el estupor general se presenta con todo su cortejo de síntomas: indiferencia, postración, abatimiento, frío, palidez del semblante, pulso pequeño y lento, seguido en la mayoría de los casos de la muerte.

Quédanos, por último, exponer las diferencias entre los efectos producidos por las armas antiguas y las que en la actualidad se usan.

En un principio, y obsesionados sin duda por el menor calibre de los proyectiles modernos, se creyó que los efectos mortales de los últimos serían menores.

Sin embargo, se olvidaron de un factor importantísimo, cual es la mayor fuerza de penetración, y buena prueba de ello se encuentra en las estadísticas de las guerras modernas, según las cuales, el número de muertos en el mismo campo de batalla es igual, si no mayor, que el de las guerras antiguas.

En la guerra franco-prusiana la proporción fué de un muerto por cada 5'77 heridos. Comparando esta proporción con la obtenida en guerras ya más modernas, se ve que en la hispano-americana de Cuba la proporción fué más baja (1 muerto por 6'28 heridos); pero, en cambio, en la anglo-boers la proporción volvió a subir (1 por 4'12).

Claro es que hoy día, merced a los progresos de la asepsia, pueden evitarse muchas muertes, que en los tiempos pasados eran ocasionados por procesos sépticos.

Y de aquí que un gran número de heridos, curados en poco tiempo, vuelvan nuevamente a las filas a engrosar el total de combatientes.

Observado este hecho en las últimas guerras se ha llegado a formular la siguiente pregunta: ¿Un arma capaz de inutilizar temporalmente un gran número de hombres, es de verdadera eficacia militar?

JOAQUÍN SEGOVIANO.

(*Gaceta Médica del Sur*).

REVISTA DE REVISTAS

Tratamiento de las afecciones articulares crónicas y especialmente de los tumores blancos, por un método = de hiperemia activa =

Los Dres. M. Gendron y Paul Bouchet

han obtenido excelentes resultados en la artritis tuberculosa, con el empleo de un tratamiento que tiene por base la hiperemia activa y por fin provocar el retorno de los movimientos. La originalidad del método consiste en movilizar la articulación atacada desde el principio del tratamiento, si el dolor es poco vivo; después

de una corta inmovilización, si el dolor es muy marcado. En lugar de buscar la anquilosis, buscan el retorno normal del funcionamiento articular, gracias a la hiperemia activa que provocan.

La hiperemia activa consiste en una congestión activa provocada por un aflujo sanguíneo, por un aumento de intensidad de la circulación arterial. Acarrea mayor cantidad de sangre y mayor número de hemáties; esta sangre está cargada de leucocitos hiperexcitables, capaces de mayor fagocitosis; hay reabsorción más rápida de toxinas; es, pues, un método curativo desde el punto de vista general.

He aquí cómo aplican el método:

En un primer tiempo, si los dolores son muy vivos y se exacerban al menor movimiento, se inmoviliza el miembro durante poco tiempo en un aparato amovible-inamovible, que permita vigilar la articulación y las maniobras de hiperemia activa. Estas consisten en aplicaciones de compresas de agua muy caliente (58 a 60 grados), de agua salada (agua de mar o agua mineral clorurado-sódica); en fricciones revulsivas, tres veces al día, con cocimientos alcohólicos de productos resinosos (alcanfor, tapsia, trementina); en inyecciones, primero peri-articulares, después, más tarde, intra-articulares, de estos revulsivos (un centímetro cúbico de solución alcohólica de uno de estos productos resinosos, cada quince días como máximo); en inyecciones peri-articulares de suero isotónico a 60 grados; en sesiones de aire caliente a 100 grados; en exposiciones al sol.

Es fundamental proceder por series; el aire caliente y las fricciones preparan la articulación para una hiperemia más activa, motivada por las inyecciones, que son de la más grande importancia; es preciso obtener una hiperemia de todos los tejidos de la articulación, que esta hiperemia sea muy enérgica, muy profunda y que llegue a los focos tuberculosos, lo que no se obtiene cuando se utiliza solamente el aire caliente, la helioterapia o los puntos de fuego profundos.

En un segundo tiempo, se hace una inmovilización precoz, desde la atenuación de los dolores; primero simple movilización pasiva, prudente, con retorno a la in-

movilización si vuelven los fenómenos inflamatorios y dolorosos; después continuación de las maniobras de hiperemia activa, que es indispensable mantener constantemente.

En un tercer tiempo, se practica la continuación progresiva de los movimientos activos facilitados por el masaje, la mecanoterapia, la paralización rítmica, con interrupciones lentas, en las masas musculares y la débil galvanización articular para favorecer la reabsorción de los exudados. La hiperemia activa, en todas sus formas y largo tiempo continuada, facilita grandemente esta movilización.

Han obtenido con este método en enfermos de distintas edades, en doce tumores blancos de la rodilla, cuatro tumores blancos del codo, un tumor blanco del hombro y ocho artritis crónicas reumáticas y gonocócicas, resultados durables, más rápidos y más completos que con cualquiera otro método no quirúrgico.

Estos resultados consisten en un acortamiento muy notable de la duración de la inmovilización; en un retroceso rápido de los síntomas dolorosos (en un mes, en formas extremadamente dolorosas, han obtenido una sedación casi completa); en la reabsorción progresiva de las fungosidades intra y peri-articulares; en la curación rápida de los abscesos y trayectos fistulosos por la inyección revulsiva, y, sobre todo, en poder hacer movimientos con la extremidad afecta con desaparición completa de todo dolor.

Toda artritis sub-aguda o crónica justifica este método; el criterio que caracteriza la verdadera indicación es que no haya exacerbación del dolor en el intervalo de las sesiones de movilización y que la fase dolorosa sea bastante atenuada para autorizar algunos movimientos muy ligeros.

Hay contra-indicación en toda artritis aguda con puntos óseos muy dolorosos; es preciso entonces inmovilizar, bajo hiperemia activa hasta sedación suficiente del dolor, para permitir una movilización precoz.

Este método necesita una vigilancia muy minuciosa de parte del médico y perseverancia en la aplicación de parte del enfermo.

(*Progrés Médical*. 1914).

ELECTRICIDAD MÉDICA

RADIOSCOPIA DEL APARATO DIGESTIVO

POR EL DR. E. PASTOR GUILLÉN.

PRELIMINARES.

Desde que Roentgen descubrió los rayos X, en el año 1895, hasta la fecha, han sido tantas las aplicaciones que de este procedimiento de exploración se han hecho, que puede decirse que el radio diagnóstico ha llegado a su mayor perfección; pues si bien es cierto que faltan algunos pequeños detalles, no es menos cierto también que con los potentes aparatos modernos podemos llegar a vencer en muchas ocasiones las pequeñas dificultades que en la práctica corriente se nos presenten.

La radiología, que en un principio se utilizó únicamente para el diagnóstico de las lesiones óseas, ha ido teniendo cada día más aplicaciones diagnósticas, hasta el punto de que en la actualidad, gracias a los trabajos interesantes de Beclere, Leven y Barret, Auburg, Cerne y Delaforge y otros radiólogos, podemos decir que el problema del diagnóstico de las gastro-enteropatías está resuelto casi por completo.

En efecto, como podrá verse en el transcurso de este mal trazado trabajo, hoy día son tan interesantes los datos que para el diagnóstico de las enfermedades del aparato digestivo puede proporcionarnos la radiología, que no debemos prescindir, en la inmensa mayoría de los casos, de este procedimiento exploratorio.

Aparatos.—Los aparatos destinados a la exploración radiológica del aparato digestivo no difieren apenas de las demás instalaciones empleadas para otros usos. La instalación debe ser con preferencia acomodada para el examen radioscópico, pues de la radiografía poco o nada se hace uso en la exploración que tratamos; y digo esto, porque para la radioscopia no todos los aparatos valen, y en cambio para la radiografía vale cualquier aparato; todo consiste en aumentar el tiempo de exposición con relación a la intensidad de la ampolla radiógena y el grosor de la región a radiografiar. Puede, en algunos casos, la radiografía sernos de alguna utilidad, pero los movimientos propios del estómago e intestinos, y por otra parte los que la respiración les comunica, no pueden observarse más que por la radioscopia.

Deben utilizarse aparatos potentes, pues hay que tener en cuenta que vamos a explorar una región muy densa y por tanto necesitamos de una instalación que dé a la pantalla una fluorescencia interna, continua y regular.

Dispondremos, pues, de una bovina intensiva de 30 a 40 centímetros de chispa, con interruptor mercurial y que funcione sobre corriente continua de 110 a 120 voltios.

Ampolla radiógena.—Leven y Barret, Cerne y Delaforge son partidarios de la ampolla Chabaud con osmo-regulador Villard, que permite a voluntad y durante su funcionamiento regular el grado de vacío. Esta ampolla es de un manejo un tanto delicado y en la actualidad ha sido sustituida por otros modelos.

Teniendo en cuenta que la exploración del aparato digestivo es de larga duración, se hace uso de ampollas de anticatodo refrigerable, para que éstas puedan estar funcionando el tiempo que se necesite para practicar la observación, durante cuyo tiempo la temperatura de la ampolla aumenta considerablemente, pudiendo llegar hasta la fusión del anticatodo. Este inconveniente se evita en gran parte con la refrigeración.

La refrigeración puede obtenerse por medio del agua o por el aire. Las ampollas refrigerables al agua tienen el inconveniente de que el agua de la cámara de refrigeración hierva pronto, el vapor de agua se condensa en las paredes del depósito y las inutiliza prontamente. En vista de esto, se utilizan las ampollas refrigerables al aire, las cuales son más duraderas.

Los modelos más corrientemente usados en la práctica radioscópica son: el Yeyfa y Müllor, con refrigeración por el agua, y el de Konstant y Zentral, con refrigeración por el aire.

La regulación de la ampolla debe hacerse de tal manera, que dé rayos de penetración media, pues si diese rayos muy blandos, éstos serían casi completamente absorbidos por el espesor del abdomen; por el contrario, si fuesen muy duros, la penetración sería uniforme; en el primer caso, la sombra sería muy negra, en el segundo, gris y falta de contrastes. Así, pues, el grado de dureza de la ampolla debe corresponder al grado 6 al 8 de Benoist.

Soporte para la ampolla.—Muchos y muy variados son los modelos que se usan para sostener la ampolla radiógena; el más sencillo consiste en un vástago de metal o de madera, sostenido por un pie pesado, y una pinza con la que se sujeta el tubo y va fija al vástago mediante un tornillo que permite mantenerla a la altura conveniente. Este soporte tiene tantos inconvenientes, que hace imposible una buena observación; por una parte la ampolla se mantiene fija, y, por tanto, el reconocimiento se practica con dificultad, carece por otra parte de localizador, y quedando, por tanto, la ampolla al descubierto, la luz procedente de la misma se esparce por todo el local donde está instalado el aparato, no pudiendo tener el observador la obscuridad tan necesaria para estas investigaciones; y por último, carece de diafragma iris, tan útil para evitar los rayos marginales; por tanto, y para evitar estos inconvenientes, se han construido soportes más perfeccionados. Un modelo corriente y cómodo es el soporte o estativo Lambert; en este aparato, la ampolla va encerrada en una caja de metal y caucho; en la parte anterior tiene un orificio al cual se adapta un diafragma iris y mediante dos cremalleras puede darse a la ampolla movimientos de ascenso, descenso y lateralidad a derecha e izquierda; por otra parte, la caja donde va la ampolla tiene movimiento rotatorio, lo que permite dar rayos oblicuos y perpendiculares de arriba abajo y de abajo arriba, pudiéndose hacer la observación estando el enfermo de pie o acostado. Otro modelo más perfeccionado, y cómodo por excelencia, es el Klinoscopio, que se compone de un marco de hierro, en el que va sujeta una lona extendida y que permite sostener al enfermo; este marco va articulado con una plataforma también de hierro, que, por su articulación, puede tomar la posición vertical u horizontal; detrás de la lona va un carro que sostiene a la ampolla, a la que se le puede dar movimiento vertical y lateral; mediante unas cremalleras se puede graduar a los diafragmas y a la ampolla, para que dé rayos oblicuos.

La pantalla fluorescente debe ser de 30 × 40 centímetros para poder observar al primer golpe de vista todo el abdomen.

En el aparato digestivo, tal como hoy están los conocimientos de la radiología, podemos observar la boca, faringe y exófago, el estómago, los intestinos delgado y grueso y el hígado.

Boca.—En la observación de la boca se hace uso de la radiografía más que de la radioscopia.

La técnica indicada por Arcelín es la siguiente: lo primero que se necesita, al objeto de obtener imágenes claras, es evitar las superposiciones, pues si la radiografía se hace de perfil, la parte de un lado se confunde con la del otro.

Se pueden seguir dos métodos de observación: el intra y extrabucal.

Método intrabucal.—Para esto necesitamos un chasis especial de 6 1/2 × 9 centímetros, con la cubierta que está en contacto con la capa sensible de la placa transparente e impermeable a la humedad, por tenerse que introducir en la boca; así, pues, estará construido de lámina de hierro y la cortinilla de aluminio.

El método intrabucal consiste en introducir entre las arcadas dentarias la placa fotográfica y obtener así una proyección horizontal de los dientes u otros objetos de observación; operando de este modo cae sobre la placa fotográfica un haz luminoso con una incidencia de 45°, dando así una imagen del tamaño natural de los dientes, cuya imagen es perpendicular al plano de la placa. La orientación que hemos de dar al objeto de observación con relación a la placa fotográfica varía con los distintos individuos, porque si siempre empleamos la indicada incidencia, no se puede en muchos casos obtener el tamaño exacto de la imagen radiográfica, pues en unos casos será mayor y en otros será menor que el tamaño del objeto. Bien es verdad que en la inmensa mayoría de los casos es poco o nada interesante esto del tamaño, pues lo que más nos interesa es la observación de las lesiones y la relación que entre sí guardan los dientes.

Método extrabucal.—Como su nombre indica, consiste en colocar la placa sensible fuera de la cavidad bucal en contacto con la mejilla. El haz luminoso debe caer oblicuamente, haciendo atravesar en esta forma las regiones submentoniana y el suelo de la boca; así evitaremos la superposición de la imagen de un lado con la del otro.

Veamos ahora cómo se debe practicar el examen de los dientes, según se desee observar los implantados en uno u otro maxilar y en las distintas posiciones de los mismos.

Para practicar el examen del maxilar superior por el método intrabucal, se coloca al enfermo sentado sobre un sillón y con la cabeza apoyada sobre el respaldo. Para que el examen de los dientes sea completo es necesario impresionar varias placas: la primera con una incidencia sobre la parte media anterior; así se observan los incisivos y caninos y al mismo tiempo la bóveda palatina; la segunda y tercera placas, con incidencias derecha e izquierda; de este modo observaremos los caninos, pre-molares y molares, excepción hecha de la muela del juicio, para la cual es necesario utilizar una placa de 3 × 3 centímetros, cuya placa se aplica contra la cara interna del maxilar, o una incidencia oblicua si el examen es extra-bucal, colocando la placa contra la mejilla.

La observación del maxilar inferior se practica también haciendo uso de varias placas: la primera por el método intra-bucal y con incidencia media anterior; se observan los incisivos, caninos y suelo de la boca. La posición del enfermo es el decúbito dorsal con un cojinete o almohadilla bajo las es-

palidas; la cabeza se coloca en extensión forzada y el haz luminoso debe penetrar al nivel de la región mentoniana. Las otras dos placas, derecha e izquierda, nos pondrán en evidencia los premolares, los molares y las lesiones del maxilar. Para este examen se utilizará el procedimiento extrabucal.

Los resultados que se obtienen por la exploración radiográfica son muy interesantes. En efecto, si la radiografía está bien hecha se ve el más pequeño fragmento de una raíz. Según el tiempo en que se haga el examen después de una extracción dentaria, el maxilar da distinto aspecto. Los fragmentos de las raíces no siempre dan el mismo aspecto; si está cariada, los bordes de los fragmentos parecen como esfumados. La transparencia de los maxilares puede encontrarse modificada. Cuando hay fractura dentaria el trayecto aparece limpio y claro, y la raíz puede ocupar todo el fondo del alvéolo.

Los dientes supernumerarios se evidencian muy claramente.

Por medio de la radiografía se puede hacer el estudio de la estructura y del estado del conducto del diente. Cuando existe el menor vestigio de caries, se manifiesta por un punto más transparente del diente. Así podremos darnos cuenta, no solamente si hay caries, sino su profundidad y su extensión.

Por el examen radiográfico podemos observar el estado de los maxilares, las caries por una transparencia más o menos intensa, los accesos por una opacidad, las fracturas por la línea de separación de los fragmentos del hueso y los trayectos fistulosos por la sombra que proyecta una sonda metálica introducida en el trayecto o una inyección bismutada.

Cálculos salivares.—Los cálculos salivares pueden observarse perfectamente gracias a su riqueza en carbonato de cal; dan una sombra muy perceptible.

Guibe y Maingot observan un cálculo salivar en un hombre de 34 años que se decía estaba afecto de un absceso dentario del lado derecho del maxilar inferior. En vista de que no tenía hinchazón ni rubor, se practicó una radiografía el día 9 de Febrero de 1910, la cual fué obtenida colocando la placa sensiblemente contra el lado derecho del maxilar inferior y dirigiendo los rayos muy oblicuos al objeto de evitar la superposición de imágenes. Los resultados de esta primera observación no fueron satisfactorios. Vuelto a reconocer el enfermo se pudo observar en el suelo de la boca y en la región sublingual una tumoración dura, alargada de delante atrás y paralela a la región sublingual que daba la sensación de un cálculo. Con estos datos se hizo una segunda radiografía cambiando la técnica, para la cual una placa de 6 × 6 centímetros fué colocada entre las arcadas dentarias, la capa sensible contra la lengua y el haz luminoso por debajo del maxilar inferior; revelada la placa dió por resultado la presencia del cálculo.

Faringe y exófago.—Por parte de la faringe pueden observarse cuerpos extraños, como monedas, dentaduras, etc., que han sido deglutidas accidentalmente. La mayor parte de estos casos ocurren en los niños.

En nuestro gabinete radiológico hemos tenido ocasión de observar monedas detenidas a la entrada del exófago y al mismo tiempo localizar su situación, dato interesante para poder extraer con facilidad el cuerpo extraño.

Morins (de Nantes) refiere el caso de un niño de tres años que se había tragado una moneda; después de varias tentativas de extracción y diez horas después del accidente fué radiografiado por el autor. La moneda se encontró a nivel de la primera vértebra dorsal. Su localización, por tanto, fué fácil y lo mismo la extracción con la cestilla de Graefe.

En el mes de Agosto último asistió a mi consulta un niño de cinco años que hacía seis días se había tragado una moneda de cinco céntimos; a la ra-

dioscopia lo mismo que a la radiografía pudo hacerse fácilmente la localización entre la tercera y cuarta vértebra dorsal, pero la extracción, después de varias tentativas, no pudo conseguirse por haber quedado incrustada.

Hace algún tiempo tuve ocasión de ver una radiografía del Dr. Paraíso, en la que una dentadura se había alojado en la parte inferior de la faringe. La extracción fué hecha con éxito.

Para el estudio de las lesiones del exófago, Bertoletti propone introducir una sonda metálica.

En la Sección de electricidad médica del Congreso de la Asociación Francesa para el progreso de las ciencias celebrado en Túnez en Marzo de 1913, presenta Adda una sonda muy flexible y hueca que tiene a dos centímetros próximamente de su terminación una varilla metálica de forma cilíndrica que sirve de índice radioscópico. En su extremidad inicial existe un recipiente móvil que se separa y permite introducir en la sonda, según su autor, y en los exámenes en las posiciones oblicua y lateral se puede medir y localizar las estrecheces del exófago desde las arcadas dentarias.

Bertoletti aconseja otro procedimiento, que consiste, en hacer ingerir al enfermo una mezcla efervescente; con esto consigue que el gas producido refluya por el cardias al exófago, y su imagen, dibujada en claro sobre la pantalla, contrasta sobre el fondo oscuro del mediastino. De este modo, dice Bertoletti, se puede apreciar la regularidad del conducto exofágico, la existencia de estenosis o compresiones, y por fin se puede evaluar la elasticidad del mediastino.

Leven y Barret hacen ingerir al enfermo polvo de bismuto, que cuando llega al cardias se reparte hasta cierta altura.

También puede practicarse el cateterismo con ayuda de una sonda flexible llena de mercurio o granalla de plomo. Estos procedimientos nos permiten estudiar el trayecto del exófago en todas las direcciones de los rayos y en especial en el examen oblicuo anterior derecho y en el oblicuo posterior izquierdo, donde se destaca perfectamente la sonda sobre un espacio claro entre la sombra de la columna vertebral y la cardio aórtica. En estas direcciones es donde conviene buscar los cuerpos extraños.

En los estados patológicos, el empleo del cateter opaco permite reconocer la desviación y dilatación del conducto exofágico, así como la existencia de estenosis, fijar el asiento de éstas y determinar la relación con los órganos vecinos. Pero el cateterismo es casi siempre molesto para los enfermos y peligroso cuando existe un aneurisma de la aorta, por lo cual no debe recurrirse a él, salvo en raras excepciones; por tanto, Holzkuecht aconseja observar cómo es deglutido un poco de bismuto.

La investigación de las estenosis del exófago, según las observaciones de Beclère, conduce a tres pruebas apropiadas a los diversos grados de la estenosis: 1.^a, prueba del bismuto en suspensión acuosa a la dosis de 1 a 2 por 100; 2.^a, prueba del bismuto con pan, y 3.^a, el bocado o trozo de pan y el sello de bismuto. La leche bismutada no es conveniente más que cuando la estenosis es muy pronunciada.

En la prueba del bismuto en suspensión acuosa, el agua deglutida pasa lentamente, el polvo de bismuto se deposita y tapiza las paredes del exófago en toda su extensión o por encima de la parte estenosada; la sombra proyectada sobre la pantalla demuestra así el asiento, grado y longitud de la estenosis.

La segunda prueba se practica haciendo ingerir un trozo de pan y bismuto a la vez y se va siguiendo la sombra marcada en la pantalla; de este modo vemos en el punto donde se para la sombra.

La tercera prueba es conveniente siempre que la estenosis no sea muy pronunciada. Cuando no puede hacerse el diagnóstico de la supuesta estenosis, se hace ingerir al enfermo un trozo de pan bien masticado; en cuanto note que el bolo alimenticio se ha parado, un sello de bismuto indicará el punto donde el pan se ha estacionado.

De este mismo procedimiento podremos hacer uso para indicar la situación de un cuerpo extraño invisible a los rayos X.

Las dilataciones del exófago podrán evidenciarse por la ingestión de la leche bismutada, que nos dará una sombra más o menos extensa, según sea el grado de dilatación. Análogamente se observarán los divertículos.

El espasmo del exófago se diagnostica por medio de la radioscopia, colocando al enfermo en posición oblicua izquierda y haciéndole ingerir un sello de dos gramos de bismuto; en el espacio retro-esternal puede verse hasta el nivel del cardias o detenerse un espacio de tiempo relativamente largo, para pasar después bruscamente, sin que se reduzca su volumen, para caer por último en el fondo del estómago.

Por el contrario, la leche bismutada pasa sin ningún obstáculo y sin indicar la estrechez espasmódica en ningún punto de su trayecto.



TRIBUNA LIBRE

EL ETERNO PROBLEMA

Se necesita ser muy optimista, y en estos tiempos significa eso tanto como ser muy bobo, para gastar tiempo hablando del malestar de la clase médica, de sus causas y de los medios que pudieran ponerse en práctica para remediarlo.

Pero yo no puedo curarme de esa enfermedad, ni aun experimentando mil sinsabores profesionales, por conservar la esperanza de que tiempos mejores vendrán, de que no será eterno este vivir sin compañerismo, esta lucha intestina de seres hambrientos que parece hayan llegado al paroxismo de gritar: «Sálvese el que pueda». Por eso todavía me es grato dedicar al examen del *eterno problema* algunos momentos de esos en que uno no sabe qué hacer.

Como abarcarlo en toda su extensa amplitud sería pretensión vana, por carecer de las profundas dotes de sociólogo que se requieren para estudiar con acierto tan ardua cuestión, y como, además, creo que el problema presenta distinto aspecto según la región y hasta la ciudad donde se le examine, me limitaré a manifestar mi humilde opinión acerca de cómo lo veo planteado aquí, en Zaragoza, que es donde yo ejerzo y donde más me interesa su solución, aunque también la desee ¡claro es! para el resto de España.

En esta ciudad de 120.000 habitantes estamos 150 médicos; de los 150 el 10 por 100 obtienen buenos rendimientos del ejercicio de la profesión, el 20 por 100 cubren gastos y pueden vivir con relativa comodidad, los restantes, o sea el 70 por 100, no ganamos lo suficiente para cubrir las necesidades que nuestra posición social nos impone.

No estimo como causa principal de este elevado *percentage* de pauperismo médico en Zaragoza el ser excesivo el número de los que en ella ejercemos; además, ésta sería causa irremediable, a mi entender, y no hay para qué esforzarse en buscar el remedio por ese lado.

Para mí, la causa más importante de nuestra crisis es la baratura de los servicios. En Zaragoza es donde más económico se visita, se opera y se parte. Las tarifas de algunos médicos titulares que ejercen en pueblos de la provincia son más elevadas que las que suelen aplicarse en la capital.

En varias ocasiones se ha pretendido remediar el mal fijando el precio mínimo de la visita y, en efecto, nada se ha logrado, porque nada se podía conseguir haciendo que los humildes, *¡por dignidad de la clase!*, no cobrasen menos de *una peseta* por visita. Salvo muy raras excepciones se cumple el acuerdo; y el malestar sigue en aumento y perdurará mientras no se cambie la oración por pasiva, es decir, mientras no se trate de resolver la cuestión legislando alguna vez para los de arriba, que no todo han de ser pragmáticas para los de abajo,

Demostrado por la experiencia que el remedio no ha llegado poniendo precio mínimo a la visita de la democracia médica, me ocurre pensar que tal

vez apareciese fijando la cuantía mínima de los honorarios que deben cobrar los aristócratas profesionales. Y cuanto más pienso en ello más me persuado de que ahí es donde está la clave del problema.

Que en Zaragoza no lleguen a dos los médicos que cobren a duro, como *minimum*, sus visitas a domicilio; que las consultas con los más eminentes doctores cuesten veinticinco pesetas; que no haya ni uno que en su gabinete tenga establecida la consulta de cinco duros, es algo anormal, algo fuera de lo corriente en poblaciones de la importancia de Zaragoza. Por eso me parece fuera de toda duda que esa anomalía es la que hay que corregir si con alteza de miras y buena voluntad se quiere algún día mejorar el precario estado en que nos encontramos el 70 por 100 de los médicos de esta Inmortal ciudad.

Yo entiendo que la prueba es fácil de realizar dependiendo la solución de una docena de compañeros. Todo está en que se convenzan de los grandes beneficios que reportarían a la clase elevando sus actuales tarifas; ellos no se perjudicarían nada o solamente muy poco en el período de prueba, para en definitiva ver sus ingresos aumentados y disminuído su trabajo, y nosotros podríamos trabajar más y mejor.

Estando próxima la Asamblea Médico-Farmacéutica, intenciones tuve de llevar a la misma este tema; también pensé en el Colegio de Médicos, pero ni a una ni a otro me parece práctico someter la cuestión, porque no es con acuerdos, que probablemente no se cumplirían, ni con medidas coercitivas que no se habían de emplear, como se ha de solucionar la crisis económica que experimenta la clase médica en Zaragoza. Únicamente haciendo llegar al ánimo de los privilegiados la persuasión y el convencimiento de que en sus manos está el remedio del malestar y despertando en ellos los sentimientos de compañerismo, de humanidad, es como podrá lograrse algún resultado positivo. Mientras los elevados no se decidan a proteger a sus compañeros modestos dejándoles los clientes que a ellos no les pueden pagar lo que por su valía les corresponde, seguirán arrastrando una vida de menestral de levita más de cien médicos que gustosos abandonarían la ciudad si medios tuviesen para ello. Mientras continúe el acaparamiento de *todo lo que se presente*, amoldando la tarifa al bolsillo del enfermo y no al servicio prestado ni a la categoría del que lo prestó, no disminuirá el número de médicos necesitados.

Humildemente llamo la atención de los compañeros que ya han logrado asegurar su porvenir, acerca de esta vitalísima cuestión, y les ruego que si no estiman disparatada mi manera de ver, piensen, al presentar sus minutas de honorarios, en que deben defender con ellas a los compañeros que distan mucho de tener a cubierto sus necesidades. Esta sencilla reflexión en el momento de fijar la cuantía del servicio prestado es lo único que les pido en bien de todos. De concederme tal merced, pronto, muy pronto se verían los beneficiosos resultados de tan justo y noble y fraternal proceder.

No es mucho lo solicitado, y aun siendo más confiaría lograrlo, y por eso espero dar muy pronto las gracias desde estas mismas columnas a todos los buenos compañeros por su valiosa protección, prestada del sencillo modo que expuesto queda.

Si por *casualidad* todo lo dicho va a caer en saco roto, ¡paciencia!; otro día estará mejor dispuesto el horno y se cocerán los bollos.

A mí la esperanza me mantiene. ¡Ventajas del optimismo!

MIGUEL J. ALCRUDO.

PROFESIONALES

ASAMBLEA MÉDICO-FARMACÉUTICA

A todos los médicos y farmacéuticos que ejercen su profesión en la provincia de Zaragoza les recomendamos envíen sin pérdida de tiempo su adhesión a la Asamblea Médico-Farmacéutica que se celebrará en dicha ciudad los días 16, 17 y 18 del próximo Noviembre.

Los temas objeto de discusión interesan a todos, médicos y farmacéuticos, y no es cosa de estar en un continuo lamento para luego despreiciar la ocasión de procurar remedio a nuestros males. De la Asamblea pueden salir acuerdos sumamente beneficiosos para las dos clases, y claro está que dichos acuerdos serán tanto más eficaces cuanto mayor sea el número de compañeros que los refrenden.

Confiamos en que todavía quedará un poco de compañerismo altruista y que la Asamblea Médico-Farmacéutica será un acto que exteriorice fielmente la honda crisis y el profundo malestar que sufren las dos profesiones, tan unidas en sus intereses materiales como en sus relaciones sociales, y que su resultado será un éxito para los organizadores: el Colegio de Médicos y el de Farmacéuticos de la provincia.

UNIÓN MÉDICA NACIONAL

El día 4 del próximo Noviembre, y en el salón de conferencias de esta Facultad de Medicina, se celebrará una importante reunión médica.

Convocados por la Comisión organizadora de la «Unión Médica Nacional», asistirá un representante por cada distrito con objeto de votar la Junta provincial.

NOTICIAS

Médicos titulares: requisitos de los concursos para nombrarlos.

—El concurso para proveer la vacante del médico titular se convocó cuando estaba vigente el reglamento de médicos titulares de 11 de Octubre de 1904, por lo que debió cumplirse en la convocatoria y antes de proceder al nombramiento cuanto preceptúan los dichos artículos 38 y 39, que no han sido derogados ni modificados por precepto alguno legal ni reglamentario posterior; y habiéndose limitado el Ayuntamiento a convocar al concurso por medio del *Boletín Oficial*, omitiendo los demás requisitos que, como necesarios para su validez, quedan expuestos precedentemente, tal omisión constituye un vicio de nulidad que invalida en absoluto la convocatoria en cuestión y todas sus consecuencias.

Estos fundamentos se exponen en la Sentencia del Tribunal Supremo. Sentencia 12 Enero. (*Gaceta* 10 Junio 1914).

*

Médicos titulares: suspensión provisional por los alcaldes.

—Si bien no puede desconocerse que los alcaldes, dada la obligación que tienen de atender y vigilar los servicios públicos, muy especialmente los de beneficencia municipal, se hallan facultados para dictar las medidas conducentes al cumplimiento de tan sagrada obligación, y acordar, por tanto, en su caso, conforme a las disposiciones legales, la suspensión interina de los médicos municipales cuando las faltas de éstos pueden ocasionar perjuicios a los servicios sanitarios que les están encomendados, poniendo así provisionalmente remedio a una necesidad urgente, no ha de entenderse, sin embargo, que de tal facultad puedan usar arbitrariamente suspendiendo a dichos funcionarios por motivo o causa cualquiera ajena por completo a la beneficencia municipal y sin relación alguna con los servicios sanitarios.

Esa suspensión no puede ser por tiempo indefinido, porque equivaldría a la destitución, la cual sólo puede efectuarse por mutuo convenio entre el Ayuntamiento y

el facultativo, o por causa legítima probada por medio del oportuno expediente y previo fallo de la Diputación provincial en vista del informe de la Junta de Sanidad de la provincia; y aun en el caso más grave de la separación y destitución de los médicos municipales, no pueden los alcaldes acordar la suspensión indefinida y sin previo expediente, porque, aparte de que el expediente ha de ser formado por el Ayuntamiento y no por el alcalde, el médico ha de continuar desempeñando el destino, a no ser por causas graves o excepcionales que lo impidan, y para ello es preciso que la Junta provincial informe favorablemente a su suspensión al Ayuntamiento o al Gobernador que lo haya acordado, según precepto expreso del artículo 43 del reglamento del Cuerpo de Médicos titulares.

Esta es la doctrina establecida por la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de Marzo. (*Gaceta* del 3 de Agosto de 1914).

SOLUCIÓN BENEDICTO de glicerofosfato de cal con CREOSOTAL. 2,50 pesetas frasco.

Peligros de nuestra profesión. — En el *Boletín de la Asociación de Médicos de Reus*, leemos:

«Nuestro distinguido amigo y digno consocio D. José Barberá París fue víctima de un brutal atentado que gracias a la Providencia no le costó la vida.

El día 1.º del actual se le presentó José Franquet, natural y vecino de Riudecols, diciéndole que el día anterior había sido envenenado, por cuyo motivo había sido auxiliado por el compañero Sr. Frías, y que en aquel momento había vuelto a ser víctima de otro envenenamiento; al oír tal relación el Sr. Barberá comprendió que aquel individuo tenía perturbadas las facultades mentales, por lo que pensó convencerle que no tenía nada de importancia; al ver el Franquet que el Sr. Barberá no daba importancia a la cosa, empezó a quejarse reclamando le hiciese algo, pues dijo se estaba muriendo.

El Sr. Barberá al verle tan excitado pensó que con una medicación sugestiva podría calmarlo, para lo cual simuló darle una inyección. Al momento de marcharse

creyó que el Sr. Barberá también le había envenenado, y sacó del bolsillo una pistola Browning y le disparó cuatro o cinco tiros, haciendo blanco solamente y por fortuna uno, produciéndole una herida leve con agujero de entrada y salida en la región lateral interior del lado izquierdo del cuello, atravesándole el músculo trapecio.

Como es de suponer, fué detenido el loco y conducido al Manicomio de esta ciudad.

Felicitemos a nuestro querido compañero Sr. Barberá, por haber salido casi ileso de una agresión que podía haberle costado la vida. Nuestra felicitación la hacemos extensiva a su distinguida familia.»

Unimos nuestra enhorabuena a la de nuestro estimado colega.

*

Médicos titulares: provisión de vacantes; intervención de la Junta municipal.

—Si bien la Junta de asociados con el Ayuntamiento es necesaria para acordar la separación de los médicos titulares, con arreglo al art. 43 del reglamento del Cuerpo, no lo es para acordar proveer nuevamente dicho cargo por terminar el plazo de duración del contrato, celebrado con el que lo venía desempeñando.

Doctrina establecida por la Sentencia del Tribunal Supremo en 24 de Marzo (*Gaceta* de 3 de Agosto de 1914).

ANISOSA (Bicarbonato de sosa anisado). Caja de 150 gramos 0,50 pesetas. En todas las buenas farmacias. Depósito general: doctor Benedicto, San Bernardo, 41, Madrid.

Médicos titulares: plazo para pedir la prórroga de sus contratos.

— Al otorgarse el contrato entre el Ayuntamiento y el médico, estando vigente el artículo 91 de la Instrucción de Sanidad y el 41 del reglamento de 11 de Octubre de 1904, tenía el Ayuntamiento la obligación y el médico el derecho de acordar que aquel contrato fuese por tiempo indefinido, no obstante lo cual, uno y otro lo otorgaron por el plazo de cuatro años, con arreglo a sus cláusulas 3.ª y 8.ª; por lo que con posterioridad al contrato, y durante el plazo fijado al mismo, pudo el mé-

dico subsanar aquel error y evitar sus consecuencias, recurriéndolo directamente por sí o comunicándolo a la Junta de gobierno y patronato del Cuerpo, para que éstas lo procuraran, haciendo uso de la facultad que los arts. 2.º y 46 del reglamento le conceden; mas, como en lugar de hacerlo así, dejó el demandante pasar los cuatro años de duración del contrato, y con ello la oportunidad legal de alcanzar la declaración que hoy pretende, no puede después de expirar aquel plazo pedir la prórroga indefinida del contrato.

Doctrina establecida por la Sentencia del Tribunal Supremo en 24 de Marzo (*Gaceta* de 3 de Agosto de 1914).

*

Facultativos titulares: improcedencia de la prórroga tácita de sus contratos.

— La tácita reconducción de los contratos de arrendamiento sólo es aplicable, respecto de las fincas rústicas y urbanas, por el art. 1.566 del Código civil; mas no respecto de los contratos de arrendamiento de servicios, para los cuales, además, el art. 19 del Reglamento de 14 de Junio de 1891 requiere acuerdo expreso de prórroga por ambas partes, pues si ese acuerdo no existiese, resultaría que al quedar tácitamente renovado el contrato de servicio médico podía darse el caso de que tuviese duración mayor de cuatro años, en contra de lo expresamente prohibido por el art. 11 del mismo Reglamento, un convenio de esa índole, lo cual vendría también a ocurrir en el caso de este pleito, y por otro lado se crea, contra todo principio de justicia, de equidad y hasta de conveniencia social, principios que inspiran los preceptos contenidos en los artículos 1.583 al 1.587 del Código civil, y del que se infiere que en contrato de arrendamiento de servicios no cabe prórroga tácita alguna, por oponerse a la libertad personal que en este caso se armoniza perfectamente con el interés público.

Doctrina establecida por la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de Abril (*Gacetas* de 7 y 10 de Agosto de 1914).

*

Apertura del Curso.—En el Paraninfo de esta Universidad se celebró el día

1.º del actual la solemne inauguración del curso académico de 1914-1915.

Presidió el acto el Ilmo. Sr. Rector, doctor Royo Villanova, y el discurso de apertura estuvo a cargo del sabio profesor de la Facultad de Medicina doctor D. Juan E. Iranzo, quien disertó acerca del tema «La Medicina y los Médicos en la Universidad de Zaragoza».

Una el Dr. Iranzo nuestra felicitación a las muchas ya recibidas por tan excelente discurso.

*

Después de una larga enfermedad ha fallecido el Dr. D. Luis Moreno Santos, fundador de nuestro estimado colega *La Clínica Castellana*.

La muerte implacable, en su incesante y macabra peregrinación, se ha llevado otro de los nuestros. Valladolid ha perdido uno de sus mejores médicos; la Real Academia de Medicina, uno de sus mejores socios; *La Clínica Castellana*, tal vez su redactor más entusiasta; la humanidad entera, un apóstol ferviente de nuestra nobilísima profesión.

Descanse en paz el que en vida fué colega nuestro y sírvase admitir *La Clínica Castellana* el testimonio de nuestro pésame más sentido por la desgracia que le aflige.

*

Teniendo en cuenta lo solicitado por el Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Asturias, por la Junta de Gobierno del Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Barcelona y por la Unión Farmacéutica Nacional, últimamente, de que figure un representante de la clase farmacéutica así en las Juntas provinciales antituberculosas como en las locales de la misma índole, y considerando legítima y digna de atenderse la mencionada solicitud, se ha dispuesto por Real orden del 9 del actual, inserta en la *Gaceta* del 11, que en las Juntas provinciales antituberculosas constituidas según Real orden circular de 31 de Marzo del año actual, figure como Vocal el Presidente del Colegio Oficial de

Farmacéuticos correspondiente, y en las Juntas locales constituidas con sujeción a la misma Real orden, figure también como Vocal el Farmacéutico titular de la localidad respectiva, y si hubiera más de uno, el más antiguo.

A nuestros lectores

Por convenio con distintas casas editoriales, podemos proporcionar a nuestros compañeros en ventajosas condiciones cuantas obras de Medicina deseen, haciendo los pedidos directamente a esta Administración.

Ha sido elegido director del Instituto Rubio de Madrid el prestigioso maestro de la Cirugía Española D. Eulogio Cervera. La dirección no ha podido ser más acertada, tratándose del primer establecimiento científico-médico de España. Federico Rubio, primero; Eugenio Gutiérrez, después; Eulogio Cervera, más tarde. He ahí tres grandes figuras.

Es el Dr. Cervera el indiscutible en Cirugía general; es trabajador y amante de su ciencia; tiene ideas y tiene energías. El Instituto Rubio está de enhorabuena, pues seguramente aumentará su justa fama y su gloriosa vida.

HOJAS MÈDICAS felicita con este motivo al elegido, a los que lo eligieron y a la Medicina española en general.

*

El reputado catedrático de la Facultad de Medicina, Dr. Gómez Ferrer, ha iniciado el proyecto de edificar en aquella capital un Hospital especial para niños.

Es una idea que merece sincero aplauso, y de esperar es que el Dr. Gómez Ferrer vea satisfecho su nobilísimo deseo.

COPIAS A MÁQUINA.—Se reciben encargos en la Administración de HOJAS MÈDICAS.

Precios muy económicos.

La Comisión encargada por Real decreto de 20 de Octubre de 1911 de preparar la construcción de un Hospital clínico para la Facultad de Medicina de la Universidad Central, se completará con los siguientes catedráticos: D. Amalio Gimeno y Ca-

bañas, de Patología general; D. José Gómez Ocaña, de Fisiología humana, y don José Cardenal y Pujols, de Patología y Clínica quirúrgica.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Policlínica Sevillana, Revista quincenal. Redacción y administración, San Pablo, 65, Sevilla. Suscripción: 12 pesetas al año.

*

Paraninfo, Revista escolar. Se publica semanalmente. Órgano de la clase estudiantil de Zaragoza. Redacción: Yedra, 7 y 9, bajo.

*

Los Progresos de la Clínica, en su número 21, correspondiente al mes de Septiembre de 1914, publica el siguiente sumario:

I. Fracturas del codo, por el Dr. D. Ricardo Lozano, Catedrático de Clínica Quirúrgica en la Facultad de Medicina de Zaragoza.

II. Tratamiento del cáncer por las sustancias radioactivas, por el Dr. D. Tomás Garmendía, pensionado en Berlín por el Gobierno español. (Artículo II.)

III. El extracto hipofisario infundibular en las posiciones occipito-iliacas posteriores, por el Dr. D. Ricardo Becerro de Bengoa, Profesor auxiliar de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Central.

IV. Casos clínicos:

1.º Botón de Oriente, por el Dr. Camacho. (Con tres láminas.)

2.º Tentativa de suicidio, por el íd. íd.

3.º Sarcoma de la dura madre, por el ídem íd.

4.º Epitelioma ulcerado del labio inferior, por el Dr. Perera.

V. Reseña de las Academias y Sociedades médicas.

VI. Barcelona médica.

VII. Revista de la Prensa.

VIII. Bibliografía.

SUMARIO DEL SUPLEMENTO

I. Ventajas que ofrece la suscripción al periódico y mejoras en la Revista para

1914.--II. Disposiciones oficiales.--III. Noticias de interés general.—IV. Partidos médicos vacantes.—V. Correspondencia con los señores suscriptores.

*

Pal-las.—Extenso diccionario Geográfico. Histórico y Biográfico. Un volumen en 4.º de 1.500 páginas aproximadamente. Joaquín Horta, editor, Barcelona. Precio del ejemplar: 10 pesetas. Los pedidos pueden hacerse a D. Francisco Pons, Ciprés, 2, 3.º, Zaragoza. En venta la 3.ª edición. 1913.

VACANTES

DE MÉDICO

La de Ejulve (Teruel), partido judicial de Montalbán, por segunda vez. Habitantes 1.255, distante 18 kilómetros de Montalbán y 56 de Alcañiz, la estación más próxima. Dotación anual 1.000 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 1.875 en concepto de igualas, satisfechas semestralmente por una Junta que responde del pago. Las solicitudes hasta el 1.º de Noviembre al alcalde D. Felipe Pascual.

—La de Mochales (Guadalajara), partido judicial de Molina. Habitantes 596; distante 30 kilómetros de Molina. Dotación anual 250 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 2.500 en concepto de igualas. Las solicitudes hasta el 1.º de Noviembre al alcalde D. Teodoro Gutiérrez.

—La de Santibáñez de Ayllón y sus anejos Grado y Noviales (Segovia), partido judicial de Riaza, por renuncia. Habitantes 539, distante 15 kilómetros de Riaza y 30 de San Esteban de Gormaz, la estación más próxima. Dotación anual 1.000 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 300 fanegas de trigo en concepto de igualas. Las solicitudes hasta el 1.º de Noviembre al alcalde D. Cándido Sanz.

—La de Vallfogona (Lérida), partido judicial de Balaguer, por renuncia. Habitantes 703, distante 4 kilómetros de Balaguer y 16 de Mollerusa, la estación más próxima. Dotación anual 2.500 pesetas

por la asistencia a todo el vecindario. Las solicitudes hasta el 2 de Noviembre al alcalde D. Manuel Sandiujenje.

—La de Manzaneque (Toledo), partido judicial de Orgaz, por renuncia. Habitantes 561, distante 5 kilómetros de Orgaz. Estación en el ferrocarril de Madrid a Ciudad Real. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 1.500 en concepto de iguales, satisfechas anualmente y de cuyo pago responde una Sociedad particular. Las solicitudes documentadas hasta el 3 de Noviembre al alcalde D. Hilario Sánchez.

—La de Cañizares (Cuenca), partido judicial de Priego, por renuncia. Habitantes 644, distante 15 kilómetros de Priego. Dotación anual 1.000 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 1.700 en concepto de iguales. Las solicitudes documentadas hasta el 4 de Noviembre al alcalde D. Cipriano Martínez.

—La de Puentevedra (Burgos), partido judicial de Lerma. Habitantes 430, distante 16 kilómetros de Lerma. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 1.750 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 4 de Noviembre al alcalde D. Constantino Puente.

—La de Porzuna (Ciudad Real), partido judicial de Piedrabuena, por renuncia. Habitantes 3.005, distante 16 kilómetros de Piedrabuena y 26 de Malagón, la estación más próxima. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes, acreditando permanecer al Cuerpo de Titulares, hasta el 5 de Noviembre al alcalde D. Julián Gómez.

AVISO

Se advierte a cuantos piensen solicitar la titular de Puebla de Almenara (Cuenca), que el compañero que la desempeñaba piensa continuar ejerciendo la profesión en dicho pueblo por contar con las simpatías e igualatorio de todo el vecindario.

—La de Boñar (León), partido judicial de La Vecilla, ayuntamiento de 2.864 habitantes, compuesto de quince pueblos.

Boñar dista 8 kilómetros de La Vecilla. Estación en el ferrocarril de Robla a Valmaseda. Dotación anual 2.000 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes documentadas hasta el 6 de Noviembre al alcalde don Santiago Sánchez.

—La de Villamayor de Santiago (Cuenca), partido judicial de Tarancón, por renuncia. Habitantes 3.936, distante 35 kilómetros de Tarancón, la estación más próxima. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia a 160 familias pobres y las iguales. Las solicitudes documentadas hasta el 6 de Noviembre al alcalde don Luis Durán.

—La de Magaña (Soria), partido judicial de Agreda, por renuncia. Habitantes 560, distante 15 kilómetros de Agreda y 35 de Soria, la estación más próxima. Dotación anual 200 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 2.300 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 5 de Noviembre al alcalde D. Pedro Martínez.

—Una de Castalla (Alicante), partido judicial de Jijona. Habitantes 4.283, distante 11 kilómetros de Jijona y 7 de Biar, la estación más próxima. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 5 de Noviembre al alcalde don Evaristo Amorós.

—La de Adzaneta (Castellón), partido judicial de Lucena, por renuncia. Habitantes 2.988, distante 22 kilómetros de Lucena. Dotación anual 1.087 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 6 de Noviembre al alcalde D. Constantino Escrig.

—La de Cortes (Navarra), partido judicial de Tudela. Habitantes 1.266, distante 20 kilómetros de Tudela. Estación en el ferrocarril de Alsasua a Zaragoza. Dotación anual 500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 6 de Noviembre al alcalde D. Braulio García.

—La de Dolar (Granada), partido judicial de Guadix, por renuncia. Habitantes 1.347, distante 16 kilómetros de Guadix y 5 de Hueneja, la estación más próxima. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales.

Las solicitudes hasta el 6 de Noviembre al alcalde D. José Alcalde Tudéla.

—La de Mirambel (Teruel), partido judicial de Castellote, por segunda vez. Habitantes 841, distante 25 kilómetros de Castellote y 72 de Alcañiz, la estación más próxima. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 2.250 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 6 de Noviembre al alcalde D. Manuel Vallés.

—La de Pajares (Ávila), partido judicial de Arévalo, por renuncia. Habitantes 510, distante 16 kilómetros de Arévalo. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a 20 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 7 de Noviembre al alcalde D. Marcial González.

—La de Aguaviva (Teruel), partido judicial de Castellote. Habitantes 1.800, distante 12 kilómetros de Castellote y 40 de Alcañiz, la estación más próxima. Dotación anual 25 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 225 fanegas de trigo en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 8 de Noviembre al alcalde D. José Jiménez.

—La de Cabezuela (Cáceres), partido judicial de Plasencia, por renuncia. Habitantes 1.820, distante 33 kilómetros de Plasencia, la estación más próxima. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia de 100 a 200 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 8 de Noviembre al alcalde D. Juan Sánchez Gómez.

—La de Chodos (Castellón), partido judicial de Lucena, por renuncia. Habitantes 920, distante 20 kilómetros de Lucena y 48 de Castellón, la estación más próxima. Dotación anual 150 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 3 de Noviembre al alcalde D. Eduardo Tena.

—La de Ludiente (Castellón), partido judicial de Lucena, por renuncia. Habitantes 1.111, distante 11 kilómetros de Lucena y 32 de Villarreal, la estación más próxima. Dotación anual 999 pesetas por la asistencia a 13 familias pobres y 2.100 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 8 de Noviembre al alcalde D. Vicente Salla.

—La de Osera (Zaragoza), partido judi-

cial de Pina, por renuncia. Habitantes 545, distante 6 kilómetros de Pina y 4 de Fuentes de Ebro, la estación más próxima. Dotación anual 1.250 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 1.400 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 8 de Noviembre al alcalde D. Florentino Gascón.

—La de Valdelosa (Salamanca), partido judicial de Ledesma. Habitantes 1.180, distante 22 kilómetros de Ledesma. Dotación anual 1.000 pesetas por la asistencia a 25 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 8 de Noviembre al alcalde D. Fidel Mateos.

—La de Vallibona (Castellón), partido judicial de Morella, por renuncia. Habitantes 1.677, distante 22 kilómetros de Morella y 50 de Uldecona, la estación más próxima. Dotación anual 500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 3.800 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 8 de Noviembre al alcalde D. Francisco Querol.

—La de Villablanca (Huelva), partido judicial de Ayamonte, por renuncia. Habitantes 1.837, distante 14 kilómetros de Ayamonte. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia a 104 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 8 de Noviembre al alcalde D. José Martín Gómez.

—La de Buenavista (Canarias), partido judicial de Orotava. Ayuntamiento de 2.113 habitantes, compuesto de diez pueblos. Buenavista dista 37 kilómetros de Orotava. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 10 de Noviembre al alcalde D. Francisco González Jordán.

—La de Santa Lucía (Canarias), partido judicial de Las Palmas. Habitantes 2.735, distante 33 kilómetros de Las Palmas. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 10 de Noviembre al alcalde D. Antonio García.

—La de Motilleja (Albacete), partido judicial de Casas Ibáñez, por renuncia. Habitantes 822, distante 28 kilómetros de Casas Ibáñez y 23 de Albacete, la estación más próxima. Dotación anual 750 pesetas

por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 11 de Noviembre al alcalde D. Severiano Cuesta.

—La de Santa Colomba de Curueño (León), partido judicial de La Vecilla, por defunción. Ayuntamiento de 1.669 habitantes, compuesto de 8 pueblos. Santa Colomba dista 8 kilómetros de La Vecilla, la estación más próxima. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia a 70 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 12 de Noviembre al alcalde don Joaquín García.

—La de Talayuelas y su anejo Casillas de Ranero, situado a 9 kilómetros (Cuenca), partido judicial de Cañete, por renuncia. Habitantes de los dos pueblos 1.150. Talayuelas dista 38 kilómetros de Cañete y 35 de Utiel, la estación más próxima. Dotación anual 500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 250 fanegas de trigo en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 13 de Noviembre al alcalde D. Pascasio Ruiz.

—La de Utrilla y su anejo Aguaviva, situado a 3 kilómetros (Soria), partido judicial de Medinaceli, por renuncia. Habitantes de los dos pueblos 991. Utrilla dista 4 kilómetros de Chercoles, la estación más próxima. Dotación anual 150 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 286 fanegas de trigo en concepto de iguales. Las solicitudes documentadas hasta el 14 de Noviembre al alcalde D. Eusebio Rodríguez.

—La de Mochales (Guadalajara), villa de 593 habitantes, a 43 kilómetros de la cabeza de partido, Molina de Aragón, y 33 de Ariza, que es la estación más próxima, con la dotación anual de 250 pesetas por Beneficencia y 2.500 por iguales de los vecinos pudientes de este vecindario, que consta de 570 habitantes según el cen-

so oficial, cobradas dichas iguales por el Ayuntamiento en el mes de Septiembre de cada año. Solicitudes hasta el 2 de Noviembre al alcalde D. Teodoro Gutiérrez.

—La de Celadas (Teruel), lugar de 876 habitantes, a 16 kilómetros de la capital y 8 de Cella, que es la estación más próxima. Vacante por falta de aspirantes en las dos anteriores convocatorias, dotada con el sueldo anual de 1.900 pesetas y 150 fanegas de trigo centeno (equivalentes a 64 hectolitros 2 decálitros anuales). Solicitudes hasta el 1.º de Noviembre al alcalde D. Pedro Gómez.

—La de Azaila (Teruel), lugar a 13 kilómetros de la cabeza de partido que es Híjar; tiene estación de ferrocarril. Vacante por dimisión, su dotación consiste en 750 pesetas anuales por Beneficencia. El agraciado podrá contratar libremente los servicios de su profesión con los vecinos de esta localidad (próximamente unos 200), cuya iguala ha producido hasta la fecha 1.750 pesetas, y con los pueblos limítrofes si así le convinieren. Solicitudes hasta el 6 de Noviembre al alcalde D. Antonio Artal.

—La de Garde (Navarra), villa de 462 habitantes, a 30 kilómetros de la cabeza de partido y 50 de la capital, que es la estación más próxima, dotada con el sueldo anual de 2.000 pesetas, satisfechas por trimestres vencidos por la asistencia de todo el vecindario, o sea las familias pobres y pudientes. Solicitudes hasta el 5 de Noviembre al alcalde D. Manuel Urzainqui.

COMPAÑERO SUSTITUTO

Aquellos compañeros que por cualquier motivo necesiten de un sustituto, pueden dirigirse a esta Administración, donde se les facilitará los informes necesarios.

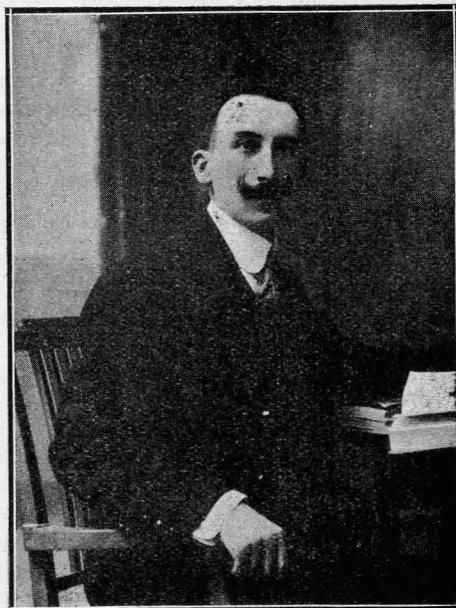




DON JOSÉ BOULLÓN
PRESIDENTE



DON JACINTO MADROÑERO
SECRETARIO



DON TOMÁS TOBAJAS
TESORERO

LABORANDO POR LA UNIÓN

Después de muchas lamentaciones en la Prensa médica; después de muchos conatos de asociación firme y estable entre los Médicos titulares; después de rudo batallar por el logro de aspiraciones legítimas y de justos anhelos, vuelve a resurgir el movimiento societario médico, un tiempo dormido. De este nuevo resurgimiento de la Clase hay que esperar todo: mejoramiento material, dignificación de la profesión, amparo de derechos, reparación de injusticias, supresión de humillaciones.

Cabe el honor al distrito de Calatayud, por esta vez, de ser el primero en enarbolar el estandarte, emblema de redención de la Clase médica en la capital aragonesa. Cabe el honor a todos los titulares de Aragón de responder al desinteresado llamamiento con todos los entusiasmos de su fe y todas las energías de sus almas.

No hemos de seguir paso a paso el estudio de la inmensa labor realizada por la Comisión organizadora, toda vez que de sobras estarán enterados los Médicos en general por la Prensa profesional: lo que sí queremos es dedicar a la Medicina aragonesa el retrato de los tres elegidos para formar la Junta Provincial de Zaragoza, a fin de que pueda servir a las generaciones médicas venideras como un recuerdo de los que colocaron la primera piedra en el inmenso y hermoso edificio de la generación médica.

Don José Boullón, elegido para el cargo de Presidente de la Junta Provincial en la sesión celebrada en la Facultad de Medicina de Zaragoza el día 4 del actual, nació en Santiago de Galicia en Junio de 1878. En 1887 empezó en dicha población los estudios del Bachillerato, cursando a continuación la carrera de Medicina, que terminó en Junio de 1899. Al mes de terminarla era nombrado Médico de la Compañía de Navegación «Mala Real Inglesa», donde prestó sus servicios facultativos hasta Junio de 1902, haciendo frecuentes viajes a las Antillas, recorriendo por espacio de ocho meses la travesía de la India, año y medio la de Australia y once meses la de New-York. En Septiembre de 1902, cansado de su penosa y arriesgada forma de ejercicio profesional, buscó el descanso relativo en la práctica rural, siendo nombrado Médico de Burbáguena (Teruel), donde permaneció hasta el 1.º de Octubre de 1907, en cuya época se trasladó a Morata de Giloca, de cuyo pueblo es Médico titular en la actualidad. Es un hombre de una cultura muy poco común y un enamorado de su profesión nobilísima. Batallador infatigable, hay en su alma todas las energías de la raza española; Médico competentísimo y honrado; es un verdadero hermano de sus compañeros profesionales. Al ser elegido para el cargo de Presidente de la Junta Provincial, hubo un acierto

singular: los representantes de los distritos de la provincia están de enhorabuena.

Don Jacinto Madroñero, elegido para el cargo de Secretario de la Junta Provincial en la mencionada sesión del día 4, nació en Villafranca de Navarra en Agosto de 1871, estudiando en dicha villa la primera enseñanza en la Escuela dirigida por su mismo padre, maestro meritísimo. Bajo la dirección del insigne aragonés D. Pedro Joaquín Soler continuó sus estudios en Zaragoza, entrando después en el Instituto para cursar el Bachillerato, que terminó en 1887. En esta fecha empezó a hacer estudios en la Escuela Normal de Maestros de Zaragoza, a la vez que aprendía el idioma alemán en el Instituto. Empieza la carrera de Medicina más tarde, ingresando a los tres años, por oposición, en el Cuerpo de alumnos internos y prestando sus servicios en las Clínicas de los doctores Polo y Cerrada el mismo curso, en la del doctor Borobio al curso siguiente, y en la del doctor Arpal los dos últimos de la carrera, que terminó en Junio de 1895. Ha desempeñado las titulares de Cetina, Lécera y Munébrega, siendo actualmente Médico titular de Morés desde el año 1907. Es otro de los que luchan sin cansancio para todo aquello que suponga mejoramiento de su profesión y bienestar de sus compañeros. En cuantos distritos estuvo desempeñó cargos y comisiones a instancia de colegas que depositaban en él su confianza. Al crearse las Juntas de Distrito desempeñó la Tesorería del de Calatayud; cuando se inició la Asamblea Regional laboró con entusiasmo al lado del señor Boullón; más tarde fué nombrado Tesorero de la Comisión organizadora de la Unión Médica; finalmente fué elegido Secretario de la Junta Provincial. Ha sido otro de los nombramientos hechos con mucho acierto y con justicia estricta.

D. Tomás Tobajas, actual Tesorero de la Junta Provincial de la Unión Médica Nacional, fué también elegido para dicho cargo en la sesión del día 4 y también, como los otros, por unánime votación de los dignísimos representantes de los distritos respectivos. Aragonés de pura raza, hizo sus primeros estudios y el Bachillerato en Zaragoza, en donde cursó con raro aprovechamiento la carrera de Medicina, que terminó en Junio de 1901, ejerciendo con acierto su profesión en Paniza hasta Febrero de 1902, fecha en que se trasladó a Villar de los Navarros. Desde Junio de 1903 desempeña la titular de María. Muy querido de sus compañeros de profesión, posee una clara inteligencia y un espíritu fuerte. Su modestia es seguramente su único defecto. Secretario de la Comisión organizadora primitiva, ha unido sus esfuerzos a los de sus compañeros, para dar cima a sus magnos proyectos. Es otro de los incansables luchadores. Miembro actualmente de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Zaragoza, trabaja por los intereses de los profesionales de la capital y de los pueblos. El descanso no se hizo para él.

Y no hemos de terminar el presente artículo sin dejar consignadas dos cosas.

Es la primera el agradecimiento que todos los titulares aragoneses deben al ilustrado médico de Quinto D. Pedro Arilla, Vicepresidente de la Comisión organizadora, por sus trabajos al lado de los tres compañeros citados. Fué uno de los cuatro poderosos sostenes de los preliminares de organización; fué el primero en arengar a sus colegas de representación, en la sesión del día 4, para que aclamasen a los actuales miembros de la Junta de la provincia; fué el primero en poner de relieve la valía de ellos, ni mayor, ni más pequeña que la suya, en lo que respecta a esfuerzos y entusiasmos.

Es la segunda nuestra felicitación a elegidos y electores: a los primeros, por la confianza en ellos depositada; a los segundos, porque esa misma con-

fianza es la mejor garantía de la realización de todos sus propósitos. Espinosa y difícil es la misión encomendada; ardua tarea es la de defender intereses colectivos; empresa magna la de deshacer entuertos y reparar daños; pero cuando unos cuantos hombres dotados de inteligencia sana tienen ardiente fe y poderosa voluntad, triunfan siempre por larga y penosa que la lucha sea.

Por último y a la par del abrazo que a los titulares todos les mandamos desde estas columnas, un consejo. En la fatigosa y áspera jornada que habéis emprendido, tropezaréis con multitud de obstáculos, encontraréis agoreros llenos de pesimismo, veréis sembrados de disensiones, trataréis tal vez con calculistas, en provecho propio, asistiréis al espectáculo de desprestigios personales, hablaréis con obstruccionistas por conveniencia o por sistema, pasaréis quizá un verdadero calvario profesional. No os importe. Aunque al comienzo sean frecuentes los fracasos, seguid siempre adelante, sin hacer caso a nada, sin desmayar jamás. Si tenéis fe, el triunfo será vuestro, pues la fe salva siempre.

La Redacción.



NUCLEIKOL

(Nombre registrado)

Preparado especial de F. SIRERA Y PONT

Farmacéutico y Licenciado en Ciencias Físico-Químicas

El **Nucleikol** se presenta bajo tres formas farmacéuticas: **líquida, granular e inyectable**, cuya composición, en su parte activa, es la siguiente:

Cada dosis de la forma líquida o granular contiene:		Cada ampolla inyectable contiene:	
Acido nucleínico.....	5 centigramos	Acido nucleínico.....	5 centigramos
Arrhenal.....	2 »	Arrhenal.....	5 »
Glicerofosfato sódico.....	15 »	Glicerofosfato sódico.....	15 »
Ext. n. kola.....	10 »	De no pedir forma determinada se servirá la líquida.	
» acant'ia mirilis.....	4 »	De gusto exquisito, los enfermos la toman fácilmente.	
» coca Perú.....	3 »	PRECIO: 5 pesetas frasco o caja	
» damiana.....	4 »	de 12 inyectables	

DEPÓSITO GENERAL:

Farmacia del autor, Bruch, 64 (chaflán Diputación) Barcelona -- De venta en Zaragoza: RAMÓN PUIG, Azoque, 4

BIDUOL

Infalible diurético a base de hojas de **ABEDUL**

preparado por el **Dr. Guardiet**, Farmacéutico

MANLLEU (BARCELONA)

De gran utilidad e indispensable en el tratamiento de la Albúmina, Cálculos y catarros vexicales, Cistitis, Disuria, Hidropesía, Uremia, Estrechez uretral, Inflammaciones de las vías urinarias

DE VENTA: Farmacias y Centros de Especialidades

Matrical ovular MIR ALEMANY

Tratamiento racional de las enfermedades de la Matriz. — Medicación antiséptica, antiflogística, resolutive sedante. — Adoptado y recomendado por los más eminentes especialistas en Ginecología

De uso en los hospitales de Barcelona y Madrid

DE VENTA:

Farmacias y Centros de Especialidades

EL REUMATISMO

en todas sus formas

LA GOTA Y LA CIÁTICA

por rebeldes que sean, se CURAN siempre radicalmente con el

Analgésico Soler Arandas

FRASCO: 5 PESETAS

De venta en todas las farmacias y en la del autor: RAMBLA DE CATALUÑA, 12-BARCELONA

MEDICINA

TIFUS ABDOMINAL-TERAPÉUTICA,

por el **DOCTOR A. STRUMPELL (1)**.

Una *terapéutica específica* del tifus, esto es, un medio capaz de destruir o de hacer inocua la causa específica dentro del cuerpo, no se conoce todavía. Como para otras enfermedades infecciosas temibles, los bacteriólogos trabajan para encontrar un tratamiento específico del tifus. Se ha probado de inyectar a los enfermos pequeñas cantidades de bacilos tíficos muertos, para excitar la formación de substancias inmunizantes. También se ha ensayado la inyección de otras especies bacterianas (especialmente bacilos piocianicos). Las pesquisas más modernas tienden a emplear, en forma de *sueroterapia*, sueros inmunizantes obtenidos de animales. Todos estos estudios tienen un alto interés científico, pero sus resultados prácticos hasta hoy son dudosos.

Por estas razones, el tratamiento del tifus abdominal sigue siendo todavía esencialmente *dietético-sintomático* y, además, en cierto sentido, *profiláctico*; es decir, que además de combatir los síntomas ya existentes, hay que tratar a los enfermos de tal modo que se les *proteja* contra la presentación de ciertas complicaciones peligrosas. Considerado así el tratamiento racional de la fiebre tifoidea, constituye una tarea en alto grado importante y nunca ingrata para el médico.

Para empezar por describir los procedimientos dietéticos generales, diremos que la habitación del enfermo no debe ser demasiado caliente y que debe airearse bien y a menudo. La cama del paciente se preparará del mejor modo posible. Una cuidadosa *profilaxis del decúbito*, no sólo ahorra muchos dolores y peligros al enfermo, sino también muchos trabajos y molestias al médico y al personal asistente. Por esto, los enfermos graves deben yacer sobre un colchón de aire o, si es posible, de agua. Además, no hay que dejar estar a los enfermos en decúbito supino constantemente, sino que deben variar de postura y echarse de vez en cuando sobre un lado. El dorso, las nalgas y los talones deben lavarse frecuentemente con agua caliente de Francia u otro parecido y engrasarse. Los pequeños decúbitos incipientes deben tratarse cuidadosamente, lavándolos dos veces al día y curándolos con emplastro gris, pomada de bálsamo del Perú al 1 : 30 o con cosas análogas. Los decúbitos más extensos deben espolvorearse con dermatol o con otros polvos parecidos. Hay que tener especial cuidado en que la piel no se mine o desprege por debajo. En este caso debe ser convenientemente incindida.

Nunca se recomendará bastante la más exquisita *limpieza de la boca*. Los

(1) Del «Tratado de Patología y Terapéutica, especiales de las enfermedades internas», en publicación. F. Seix, editor.

enfermos leves pueden enjuagársela por sí mismos; a los graves hay que lavarles a menudo la cavidad bucal y la lengua con un trocito de tela y agua fresca o solución de bórax al 1 : 30. Se comprende la importancia de semejante limpieza exquisita dada la frecuencia, ya señalada, de las relaciones entre la estomatitis y las inflamaciones del oído medio y de la parótida. Contra la sequedad persistente de los labios y de la lengua se recomienda las embrocaciones con glicerina.

La *dieta* de los tifoideos ha de ser líquida, pero substanciosa. La *leche* es muy a propósito y se debe aconsejar siempre; mas, por desgracia, sólo es aceptada con gusto por pocos enfermos durante toda la enfermedad. A veces es mejor tolerada con café, te o algo de cognac. Para variar se puede dar también cacao hervido con leche. En los enfermos graves hemos empleado mucho con ventaja las diversas harinas para niños, tal como *hygiana* u otras equivalentes. Junto con la leche, hay que prescribir *sopas mucilaginosas* y *farináceas*, el *caldo de carne*, que se puede hacer más nutritivo adicionándole sustancias diversas (jugo de carne, sanatógeno, nutrosa y, sobre todo, huevos). Las llamadas *gelatinas de carne* (preparadas con patas de ternera) son igualmente útiles en algunas circunstancias. El deseo, a menudo grande, que los enfermos tienen de comer alimentos algo más sólidos, puede satisfacerse sin reparo mediante panecillos y bizcochos reblandecidos. También son muy convenientes el *kake*, los *biscuits*, etc. Cuando las fuerzas del enfermo decaen de manera peligrosa, es preciso dar *beef-tea* o *zumos de carne* prensada. También pueden emplearse con utilidad los diversos extractos de carne y preparados albuminoideos artificiales fabricados modernamente. Sobre todo cuando es lenta la marcha de la fiebre hay que comenzar a nutrir mejor al enfermo durante la misma. La mejor *bebida* es el agua fresca, que se debe *ofrecer* a menudo al enfermo. Las limonadas y los zumos de frutos, a la larga suelen repugnarles. Las bebidas gaseosas carbónicas deben evitarse, porque meteorizan el abdomen. En cambio, es una bebida muy a propósito el te frío mezclado con leche. Se recomienda el te frío con zumo de frutas (especialmente arándanos). El *vino* bueno, fuerte de (Oporto, Málaga, Hungría), se administrará en la mayoría de los casos graves; mas no por esto es menester *obligar* generalmente a los enfermos a que tomen vino cuando no les agrada. La *cerveza*, si excita el apetito del paciente, se puede permitir sin reparo a pequeñas dosis. En la *convalecencia* conviene tener mucho cuidado con la alimentación, porque las transgresiones de régimen suelen tener malas consecuencias. Sólo cuando hace de una a dos semanas que los enfermos están completamente apiréticos pueden permitírseles pequeñas raciones de carnes (pichón, pollo, molleja, sesos), y así pasar gradualmente a la dieta normal.

Además de las importanísimas medidas dietéticas generales expuestas, merece figurar también en primera línea, con arreglo al estado actual del progreso terapéutico y también con arreglo a nuestras convicciones, un solo método curativo, a saber: el tratamiento del tifus abdominal mediante *baños fríos*, instituido primeramente y practicado sistemáticamente por BRAND en Stettin. Aunque las indicaciones del método no se deben interpretar del todo en el sentido de su creador y por lo mismo hay que variarlas, en muchos detalles, hasta hoy no existe otro modo de tratamiento del tifus que, practicado *conveniente y prudentemente*, ofrezca tantas y tan evidentes ventajas para los enfermos. Ciertamente que la balneoterapia en la práctica privada es con frecuencia mucho más dificultosa que en un hospital bien acondicionado, pero con algo de energía y de buena voluntad también se pueden dar los baños en el cuarto del enfermo y, de todos modos, es deber del médico que ha de tratar un caso grave de fiebre tifoidea el procurar el uso de los baños, por lo menos,

en lo posible. Como es natural, muchas tifoideas leves bien cuidadas curan también sin el empleo de baños y sin medicamentos.

Las ventajas de la balneación son: 1.º Los baños que obran, cuando su temperatura es lo suficientemente baja, disminuyendo la *fiebre* porque roban el calor directamente. Todas las consecuencias funestas dependientes de la excesiva elevación térmica del organismo se previenen, por lo tanto, en lo posible, por medio de los baños fríos. 2.º Todavía es más importante que la refrigeración del enfermo el influjo de los baños sobre el *sistema nervioso*. El paciente se despeja, su apatía y su torpeza disminuyen, y, en suma, el cuadro del «estado tífico» grave se observa mucho menos que antes, merced a la balneoterapia. Y es claro, este influjo de los baños sobre el sistema nervioso, no se reduce sólo a una mejoría del estado subjetivo del enfermo, sino que lleva consigo también una serie de consecuencias beneficiosas. Los enfermos toman mejor los alimentos, tosen más fuerte, se mueven con más libertad, son más fáciles el aseo de su cuerpo y la limpieza de su boca, etc. 3.º La influencia de los baños en los *órganos de la respiración* es de la mayor importancia. Hay que recordar sobre todo que determinan inspiraciones más profundas y que facilitan la expectoración. La mejor prueba de semejante influencia benéfica es la circunstancia de que sobre todo las bronquitis graves, las atelectasias de los pulmones y las pneumonías catarrales son raras en los enfermos bañados precozmente. 4.º Tampoco hay que olvidar que por medio del baño es posible la *buena higiene de la piel*. Desde que se practica la balneoterapia en la fiebre tifoidea, el decúbito es mucho más raro que antes. 5.º Por último, hay que mencionar el *efecto diurético* de los baños, observado en ocasiones.

De lo dicho se deduce que las *indicaciones de los baños no las da únicamente la elevación de la fiebre*, sino que *además* hay que tener en cuenta sobre todo el *estado del sistema nervioso* y de los *órganos respiratorios*. Ciertamente que muchos casos de tifus leves evolucionan favorablemente sin que los enfermos necesiten ser bañados una vez siquiera. Pero, además, hay que tener siempre presente que la balneación se dirige, no sólo contra los síntomas existentes ya, sino que tiene también un valor esencialmente *profiláctico* (evitación de los fenómenos cerebrales y pulmonares graves).

Por lo que se refiere a los detalles técnicos de la balneoterapia en el tifus, hemos de decir que, por lo regular, se usan los *baños generales*, de tal modo que los enfermos estén cubiertos de agua hasta el cuello. El baño, siempre que sea posible, debe colocarse al lado de la cama del enfermo. En los hospitales donde hay camas con ruedas es más conveniente conducir los enfermos al cuarto de baño. Todo enfermo grave debe ser sostenido en el baño y ayudado de manera que no haya de hacer esfuerzo alguno. Durante los baños, frótese ligeramente la piel del paciente para que no sienta demasiado el frío. La temperatura inicial del agua, sobre todo de los primeros baños, no debe ser demasiado baja. Se comienza con los baños de unos 30 a 32º C., o más tibios aún, si se trata de personas ancianas, tímidas o sensibles. Cuando se han habituado los enfermos a la temperatura del baño, entonces éste se puede refrescar más. Casi nunca empleamos ya baños de menos de 22 a 25º C., y hasta los consideramos innecesarios en la mayoría de los casos. Generalmente, los de 25 a 30º C. bastan por completo. La duración de cada baño debe ser de unos cinco a diez minutos. Si sobreviene un escalofrío fuerte o si el enfermo está inquieto en el baño, se puede acortar la duración de éste. Después del baño, el enfermo se llevará inmediatamente a la cama, se colocará encima de una sábana extendida de antemano, se envolverá en ella, y con ella se le secará, frotándole, con bastante fuerza, el dorso y las extremidades. Luego se le quita esta sábana húmeda, se le abriga bien y se le da un poco de

caldo caliente o algunos sorbos de vino fuerte. Una media hora después del baño, se mira su influjo sobre la temperatura del cuerpo, tomándola del recto. El descenso de la fiebre se considera suficiente cuando la temperatura es de 1 a 2° C. más baja que antes del baño. Muchas veces el enfriamiento es todavía mayor; pero, en cambio, en casos graves, la fiebre puede oponer tal *resistencia* que la remisión sea sólo de algunas décimas. En estos casos, y según las demás circunstancias, todavía se puede disminuir más la temperatura del agua o aumentar la duración del baño. Si los baños fríos no se soportan bien, son convenientes a veces *baños calientes prolongados*, como ha recomendado RIESS, entre otros.

Como cifra térmica indicadora del baño, se puede aceptar la rectal de unos 39,8°. Pero aquí hay que tener en cuenta siempre las oscilaciones espontáneas de la temperatura orgánica. Si por la mañana sobrevienen sin intervención especial temperaturas bajas, las elevaciones del anochecer sólo rara vez constituirán una indicación del baño. Yo creo de mucha importancia que los baños no se deben prodigar demasiado, para que sus ventajas no sean sobrepajadas por sus innegables inconvenientes. Nosotros actualmente rara vez aconsejamos más de dos a cuatro baños por día. Por la *noche* sólo permitimos el baño cuando temperaturas muy altas o síntomas graves especiales lo reclaman con urgencia. No es conveniente despertar a un enfermo que duerme tranquilamente, aunque tenga más de 40° de temperatura, para meterlo en el baño. Pero aunque no exista fiebre alta, e *incluso cuando la temperatura del cuerpo es normal*, no hay medio mejor que el baño, como hemos dicho, contra los fenómenos pulmonares o cerebrales graves ya existentes. En tales casos, el baño se debe usar a menudo algo más caliente, *mojando* empero la cabeza y el dorso con agua fría. Conviene tapar siempre los oídos con algodón para evitar la entrada de agua fría en los conductos auditivos externos.

Por muy ventajoso que generalmente sea el tratamiento hidroterápico del tifus, debe ser, sin embargo, empleado, como todo método terapéutico, en la medida conveniente, y teniendo en cuenta siempre las condiciones individuales. Si los pacientes están muy débiles, tienen gran aversión al baño, se sienten después del mismo abatidos y como moribundos, en vez de sentirse mejor; hay que pensarlo mucho, si se quiere obrar bien, antes de proseguir con el uso de la balneación. En estos casos, en vez del baño yo he usado con frecuencia *envolturas húmedas frías* de todo el cuerpo, de preferencia en la cama, y este modo de aplicar el frío en tales casos, me parece muy conveniente. La acción antitérmica de las envolturas es, ciertamente, mucho menor que la de los baños; pero se puede completar fácilmente administrando antipiréticos. En cambio, las acciones sobre la respiración y el sistema nervioso son casi siempre tan excelentes como las del baño. La mayoría de los enfermos se dejan aplicar de buen grado las envolturas y permanecen en ellas tranquilos una o dos horas. El uso frecuente de las envolturas es de aconsejar sobre todo en la práctica privada, en la que muchas veces el tratamiento por medio de los baños tropieza con dificultades mayores que en los hospitales y clínicas. También aquí hay que comenzar siempre con temperaturas algo elevadas y sólo gradualmente pasar a otras más frías.

Los baños tienen ciertas *contraindicaciones* que no se deben pasar por alto. A ellas pertenecen, ante todo, las *hemorragias intestinales*, aunque sean pequeñas, y también la sospecha de que se desarrolla una *peritonitis*. Entonces el *descanso* es la necesidad capitalísima del enfermo, y los baños, por lo tanto, deben ser excluidos inmediatamente. Además, las otitis incipientes, las afecciones laríngeas graves y la nefritis aguda, son complicaciones en las cuales casi nunca se debe bañar a los enfermos o sólo se debe hacer con precau-

ciones (baños raros y calientes). A veces es difícil proseguir el uso de los baños, porque aparecen *dolores reumatoides en los miembros* o *se desarrollan forúnculos*. En suma, ya se ve que no sería conveniente querer establecer un esquema balneoterápico del tifus, valedero de modo general.

Un *tratamiento medicamentoso* del tifus, junto a las medidas dietéticas e hidroterápicas, en muchos casos es completamente innecesario. De todos modos, ciertos medicamentos, en determinadas circunstancias, pueden contribuir eficazmente al tratamiento. En primer término, he de mencionar el uso de los *calomelanos*, al comienzo de la enfermedad. WUNDERLICH creía haber observado que administrando de dos a tres tomas de 0'3 gramos cada una, en la primera semana, se podía dulcificar la marcha sucesiva del tifus y, a veces, incluso abreviarla. Esto, francamente, apenas es creíble. De todos modos, yo creo todavía conveniente prescribir los calomelanos, especialmente contra la tan frecuente constipación inicial de los tifoideos. En períodos posteriores de la enfermedad ya no empleo más este medicamento, y me limito, si no existen otras indicaciones especiales, a prescribir una simple *limonada clorhídrica* o cosa parecida. Se ha discutido mucho si es o no aconsejable combatir la fiebre de los tifoideos mediante los *antipiréticos*. El punto de vista unilateral que tenía por objetivo principal del médico, en el tratamiento de las enfermedades febriles agudas, la lucha sintomática contra la elevación térmica, está ya casi generalmente abandonado. En la descripción del tratamiento balneoterápico del tifus ya hemos hecho resaltar que la disminución de la temperatura sólo es uno de los efectos del baño y que no es quizás el factor más activo e importante de los que integran la acción curativa del mismo. De los *antipiréticos internos* no se obtiene más que acciones antifebriles, y, a lo sumo, con algunos de ellos, cierta sedación del sistema nervioso. En cambio, faltan casi por completo las importantes acciones del baño sobre la respiración y sobre la piel. Ante la disyuntiva de tener que tratar a un tifoideo *exclusivamente* con baños, o únicamente con antipirina o algo parecido a ella, me decido en absoluto por lo primero. No pretendo excluir en modo alguno el uso de los antipiréticos internos, de la terapéutica de la tifoidea, sino sólo limitar su empleo más de lo acostumbrado hasta hoy. Solamente están indicados, a nuestro modo de ver actual, en los casos con fiebre alta, en los cuales está contraindicado el baño por cualquiera de los motivos indicados (V. a.), o cuando, a pesar de los baños, la fiebre se mantiene alta. En tales casos, los baños pueden combinarse a menudo con los antipiréticos internos, máxime si el enfermo los tolera bien y se siente mejor que antes después del descenso de su temperatura. Generalmente tratamos a los tifoideos de tal modo, que de día se les baña, y de noche, si hay fiebre alta, se les da una dosis de antipirina (de 1 a 2 grs.) o de *piramidón* (0,3 a 0,5). Estos medios están indicados también si se presentan cefalalgias intensas, intranquilidad, etc. En cambio los tenemos a lo menos por inútiles y a menudo por inconvenientes cuando a enfermos con fiebre moderada y sin motivo suficiente se les administra, como por desgracia se ve con frecuencia en la práctica, grandes dosis de medicamentos antipiréticos, cuyo único efecto persistente suele ser empeorar el estado general del enfermo y echar a perder su estómago.—Como específico ha gozado fama la *lactofenina* (0,5 a 1 por dosis de cinco a seis al día). No se ha generalizado. De los antipiréticos antiguos hay que recordar principalmente la *quinina* (dosis de 1 a 1,5), a la que hace poco se ha de nuevo atribuido un influjo favorable sobre la total evolución del tifus. Pero yo no puedo hacerme eco de tal recomendación.

De los demás síntomas que requieren tratamiento especial, hay que tener en cuenta, sobre todo, las *hemorragias intestinales*. Ya hemos dicho antes que,

así que se presentan, hay que suprimir inmediatamente los baños. Por lo demás, el *hielo* y el *opio* son sus principales remedios. El hielo se coloca sobre el abdomen dentro de *bolsas* o *vejigas*, en trozos pequeños, no demasiado pesados. Como alimento se da exclusivamente leche fría en pequeñas dosis y, eventualmente, gelatina (gelatina de ternera). Al interior, el enfermo recibe cada dos horas de quince a veinte gotas de tintura de opio o de 0,03 a 0,05 de polvo de opio simple o adicionado con acetato plúmbico (opio de 0,03, acetato plúmbico 0,05 y azúcar blanco 0,5). Merced al opio el peristaltismo intestinal cede y se facilita la formación de trombus en los vasos que sangran. En casos graves, también se pueden ensayar las *inyecciones de ergotina* o el *extracto fúido de hydrastis canadensis* (de tres a cuatro veces veinte gotas) o, sobre todo, la inyección hipodérmica de unos 200 cm.³ de una solución esterilizada de *gelatina* del 1 al 2 % en solución de sal 0,7 %. Si la anemia se hace amenazadora, tras una pérdida considerable de sangre, procede hacer una inyección subcutánea de solución fisiológica de cloruro sódico.

Cuando se declara la *peritonitis*, la terapéutica es enteramente la misma. Ante todo, se suele usar el *opio* en dosis aun mayores, pero, desgraciadamente, sin resultado muchas veces. Algunas más esperanzas de buen éxito parece tener el *tratamiento quirúrgico* de la peritonitis. De todos modos, da resultados muy pequeños todavía.

Si hay *diarrea* fuerte, se da una porción gomosa o pequeñas dosis de opio; estas últimas, a veces, pueden mezclarse con tanino, tanígeno, etc. Pero, en general, no hay que detener las diarreas moderadas de los tifoideos. En cambio, la *constipación* persistente debe ser combatida siempre. Al principio de la enfermedad se combatirá del mejor modo mediante *calomelanos* (V. a.) En estadios posteriores procurése siempre mover el vientre por medio de lavativas. Cuando éstas no dan resultado, se usan el ruibarbo y el aceite de ricino. El *meteorismo* muy graduado se combate con envolturas frías o por medio de vejigas de hielo aplicadas al vientre. Mediante la introducción de un largo tubo por el recto, se pueden extraer cantidades considerables de aire y gases. De la *punción del intestino*, preconizada por algunos médicos, no tenemos experiencia propia.

Contra los *fenómenos pulmonares* graves, ya hemos dicho (V. a.) que los *baños*, combinados con afusiones frías y las envolturas húmedas, constituyen los principales remedios. Al interior se pueden ensayar el licor amoniacal anisado y el ácido benzoico (de 0'1 a 0'2 de polvo). Sobre todo cuando existe debilidad cardíaca son muy convenientes unos polvos con 0'1 de ácido benzoico y 0'2 de alcanfor. Si es *mucho la frecuencia del pulso*, se pone una vejiga de hielo sobre la región precordial, y si el pulso se hace a la vez pequeño y débil, se prescriben *remedios excitantes* (alcanfor, estrofanfo, cafeína, vino fuerte). La *digital*, en el tífus, la usamos raramente. Si sobrevienen fenómenos bruscos de *debilidad cardíaca* o de *colapso*, es necesario y urgente un auxilio rápido y enérgico. Aquí hay que usar, sobre todo, los excitantes por vía subcutánea (especialmente las inyecciones de *aceite alcanforado*) y, además, las inyecciones de cafeína (de 2 a 3 inyecciones de 2 de benzoato de cafeína y de sosa en 10 de agua destilada), y al interior vino, estrofanfo, digaleno, etc. Si la respiración se para, se puede, a veces, excitar de nuevo mediante afusiones frías en la nuca. En muchas ocasiones es posible hacerla marchar de nuevo, si está paralizada, mediante la *respiración artificial*.

Contra los *fenómenos nerviosos*, el remedio más activo son los *baños* y las afusiones. Durante los mismos es preciso cubrir la cabeza con una bolsa de hielo. A veces la *antipirina* obra también favorablemente sobre los fenómenos nerviosos. En los estados intensos de excitación (desasosiego grande, de-

lirios, *pequeñas dosis de morfina* (al interior o, mejor aún, subcutáneamente), son de manifiesta utilidad. Contra el insomnio se puede probar, sin vacilación, el *veronal* en dosis de 0'5 a 0'75, sólo o con 1 de *bromuro sódico*.

Las numerosas complicaciones y secuelas posibles, que no hemos de volver a mencionar aquí, se tratan según las reglas usuales.

Las *medidas profilácticas* contra la propagación de la enfermedad sólo las indicaremos brevemente. Naturalmente, lo más importante, ante todo, es el mejor aislamiento posible del enfermo. Cuando no se puede hacer en la vivienda del paciente, se recomienda el alojamiento en una clínica. Los enfermos leves requieren también especial atención (portadores de bacilos, V. a.) De la mayor importancia es, además, la *desinfección cuidadosa de las deyecciones*, especialmente de las *heces* y de la *orina*. Para ello, según las indicaciones del Consejo de Sanidad del Reino de Prusia, lo más recomendable es el *agua de cresol* (cuatro cucharadas, de las de sopa, de cresol saponificado líquido en un litro de agua), que se mezcla en partes iguales con las heces, la orina, los productos vomitados, o la *lechada de cal*, el *cloruro de cal*, el *sublimado en solución* al 2 por 100, el *lisol*, etc. Por último, hay que procurar mucho que tanto la vajilla usada por los enfermos, como los colchones, las sábanas, el termómetro rectal, etc., se pongan en contacto lo menos posible con otras personas y sean desinfectados cuidadosamente. Las numerosas tentativas hechas para encontrar una *inoculación preservativa* contra el tífus no están, en modo alguno, desprovistas de perspectivas esperanzadoras, aunque no hayan dado todavía resultados muy seguros.

REVISTA DE REVISTAS

Reumatismo articular agudo.

== = Tratamiento. = = =

Legendre y Martinet dicen que con frecuencia es ventajoso asociar la antipirina al salicilato, salipirina, pero conviene entonces unir un estimulante cardíaco, como la esparteína, cafeína, estriocina, etc. Una fórmula recomendable es esta:

Salipirina	6	gramos
Sulfato de esparteína	0'1	»
Glicerina	20	»
Agua destilada	50	»
Jarabe de azahar	40	»

Para tomar en las veinticuatro horas, por cucharadas cada tres horas.

La aspirina obra más rápidamente que el salicilato, pero provoca sudores profusos y hasta lipotimias. Por eso se la debe unir un tónico cardíaco de los mencionados, en especial cuando haya astenia cardiovascular.

== = Pelada: tratamiento. = = =

Sabouraud recomienda:

Cortar los cabellos al rape.

Cubrir las chapas peláticas y sus alrededores, dos veces por semana, con algodón empapado de:

Acido láctico	10	gramos
Licor de Hoffman	60	»

También se puede proceder de este modo:

Enjabonar bien la cabeza con jabón negro todas las mañanas.

Friccionarla después con la loción excitante del hospital de San Luis, cuya fórmula es:

Amoniaco	5	gramos
Esencia de trementina	25	»
Alcohol alcanforado	100	»

Tiña: tratamiento con el per- cloruro de hierro. = = =

Para el doctor J. H. Garret, esta sal es el mejor agente de que podemos disponer hoy contra la tiña.

Aconseja proceder del modo siguiente: limpieza de la piel con petróleo para separar las grasas y las costras; lavado abundante; aplicación con un pincel del percloruro hasta que quede descubierto todo el tegumento, operación que se repetirá tres veces cada cuarenta y ocho horas y luego seis cada tres días. Por regla general basta esta serie de aplicaciones, aun en los casos en que son extensas las lesiones.

Parásitos de la piel del cráneo
= (ptiriasis): tratamiento. =

Polet, de Lille, recomienda el empleo de esta pomada:

Esencia de orégano	} aa XV gotas
» » tomillo	
» » verbena	
» » geráneo	
Microdicina	0'30 gramos
Cera blanca fundida . . .	5 »
Vaselina fundida	95 »

que se aplica de noche durante dos semanas.

Un lavado con agua y jabón, dos veces por semana, es útil, pero no necesario.

Bastan las cuatro esencias, pero si hay infección local se añaden las otras tres substancias.

Este tratamiento es sencillo, no molesta y no es revelador. Después de la curación debe pasarse un peine fino, cuando ya se han abierto los huevos o... han abortado. Después conviene hacer una aplicación por semana.

Blenorragia aguda y crónica:
tratamiento con el iodo co-
= = = = ioidal. = = = =

Desde 1883 se emplea la tintura de iodo contra la blenorragia, pero el iodo coloidal (iodeol, iodargol) debe ser más eficaz y más fácil. Así lo comprueba Beyler (*Gaz. des hôp.*, 1914, y antes lo habían hecho Deschamps y Perrigault.

Es un excelente antiséptico y, además, cicatrizante y analgésico, tanto, que ha calmado intensísimos dolores uretrales, que hacían poco menos que imposible todo tratamiento tópico en pocas horas. Esto sólo bastaría para darle un lugar preeminente en las formas agudas.

La técnica es sencilla: en las uretritis anteriores se inyecta 2 cm.³ dos o tres veces al día; en los posteriores, previo un gran lavado uretrovesical con permanganato en solución muy débil, se introduce en la vejiga una sonda de goma y se inyecta, cuando menos, 4 cm.³ de iodargol, retirando suavemente la sonda para que parte del líquido se derrame desde el cuello al meato.

A las dos o tres inyecciones cesa el dolor, a los ocho o diez días han desaparecido los gonococos y todos los otros gérmenes patógenos y acaba el flujo, por resistente que haya sido. Este iodo, por su gran poder difusivo y antiséptico, ha sido eficaz hasta en aquellos casos rebeldes a las sales de plata, cobre o zinc.

Dr. Rodríguez Ruiz.

(*Gaceta Médica Catalana*).



ELECTRICIDAD MÉDICA

RADIOSCOPIA DEL APARATO DIGESTIVO

ESTÓMAGO

Tan interesante es en la época actual el estudio radiológico del estómago, que esta exploración debe siempre acompañar al examen clínico, pues las enseñanzas y los datos suministrados por los rayos X sobre la forma, situación, modo de llenarse y evacuarse, son tan claros, que parece que el clínico tiene ante sus ojos el estómago de su enfermo; por tanto, podrá guiar más fácilmente la marcha de sus investigaciones e interpretar mejor los datos que le haya suministrado la exploración clínica. Tan es así, que desde que se practica el examen radiológico del estómago han cambiado por completo todas las nociones anatómicas clínicas y quirúrgicas que poseíamos de este órgano.

Antes del descubrimiento de los rayos X no podía ser estudiado el estómago más que en los cadáveres y en los operados, pero en la actualidad, gracias a este medio de exploración, nos ha permitido, como ante una vivisección abdominal, ver y seguir al estómago en sus funciones digestivas.

En efecto; por medio de la radioscopia gástrica podemos confirmar muchos diagnósticos hechos antes por otros procedimientos clínicos; las operaciones quirúrgicas, la terminación de la enfermedad y, por fin, las autopsias nos demuestran el valor que tienen estas enseñanzas.

Estudiando los fenómenos de la digestión nos permite precisar en muchos casos cuestiones fisiológicas muy importantes en las que podremos fundamentar precisas indicaciones terapéuticas.

Si hacemos la observación del estómago sin preparación previa, no se ve a la pantalla más que una sombra muy confusa de los órganos abdominales, no se aprecia detalle alguno y únicamente puede verse algo cuando existe acrofia en grado muy pronunciado. Esto es lo que hacen muchos de los que se titulan radiólogos, que practican la observación de sus enfermos por la tarde o por la noche después de las comidas, no pudiendo hacer de este modo un trabajo serio y desacreditando así un procedimiento, que hecho bien y en las debidas condiciones, resuelve interesantes problemas clínicos.

Al objeto, pues, de hacer aparente el estómago, es necesario crear un contraste artificial que lo destaque perfectamente del tono gris uniforme de las paredes abdominales.

Se puede disminuir la tonalidad gris y, por tanto, hacerle aparecer bajo una zona clara insuflando aire en la cavidad gástrica, bien por medio de una sonda o bien haciendo ingerir al paciente una mezcla efervescente. Por este procedimiento se puede seguir, si no en todo, al menos en parte, el contorno del estómago, pero como consecuencia de la distensión gaseosa se encuentra éste modificado.

Este procedimiento preconizado por Destot tiene un valor particular para el examen de los límites del hígado y bazo, demostrado por Béclère, y puede utilizarse alguna vez para completar los datos que nos han dado las mezclas bismutadas.

Las sustancias químicas ingeridas que son capaces de absorber los rayos X y, por tanto, dar lugar a la formación de contrastes sobre el fondo gris que aparece en la pantalla, deben tener propiedades especiales que en algunos casos son difíciles de salvar.

Entre los cuerpos químicos que han sido ensayados al principio con temor a pequeñas dosis y después a dosis mayores figura el subnitrito de bismuto, pero al cabo de cierto tiempo de ponerlo en uso pudieron observarse algunos casos graves de intoxicación seguidos alguna vez, aunque muy pocos, de muerte. Estos casos graves fueron atribuidos por algunos autores a la formación de nitritos en el interior del organismo y según otros a una cierta cantidad de arsénico que impurifica al subnitrito de bismuto.

En vista de este inconveniente, se ha querido sustituir esta sustancia por otras sales de bismuto que sean más químicamente puras, como son: el carbonato de bismuto y el bismuto oxiclolorado. También se ha tratado de reemplazar el subnitrito de bismuto por el óxido de hierro, pero si bien es cierto que esta sal no es tóxica, no es menos cierto también que cuando ésta se encuentra formando una capa delgada se deja atravesar fácilmente por los rayos y por tanto es necesario emplearla a grandes dosis, de 120 a 150 gramos, y a esta dosis, aparte de su mal sabor, tiene acción constipante sobre el intestino.

Kaestle (de Munich) aconseja el óxido de Torio y por último el de zirconio, que tiene la propiedad de producir grandes contrastes, no es tóxico, es inodoro, insípido, y no es soluble en el agua ni en los ácidos. La dosis es de unos 75 gramos para una comida de prueba, 150 a 200 para los lavados, pero puede doblarse la dosis sin ningún inconveniente, lo que según Kolbe (de Chatel-Guyón) dió lugar a imágenes muy claras a la pantalla fluorescente.

Leven y Barret usan con preferencia el subnitrito de bismuto, que lo mantienen en suspensión en un vehículo apropiado al objeto de hacer aparente la sombra gástrica en su totalidad, para lo cual se mezcla con papillas espesas, purés o comidas de prueba. En la mayoría de los casos y a dosis masivas es aceptado con dificultad por los enfermos; así, pues, Rieder Holzuecht y Braumer reservan estos procedimientos para los casos en los que quieren estudiar la duración de una determinada comida en el estómago. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el bismuto modifica sensiblemente la reacción normal del estómago.

Levy-Dorn (de Berlín) hace uso de la siguiente fórmula:

Carbonato de bismuto	} aa. 60 gramos.
Chocolate	
Harina de trigo	
Agua	
Leche	

Primero se hace tomar la mezcla en pequeñas dosis y más tarde en cantidad suficiente hasta que el estómago se llene por completo.

En la exploración radioscópica emplean Leven y Barret el subnitrito de bismuto (que en vista de los inconvenientes tóxicos indicados puede ser sustituido por el carbonato) bajo las dos fórmulas siguientes: leche de bismuto gomado y polvo de bismuto licopodio.

LECHE DE BISMUTO GOMADO

Solución de goma arábiga a 20 X 100	100 gramos.
Subnitrito (o carbonato) de bismuto.	20 a 50 gramos.
Leche	200 cc.
Tintura de vanadio.	II a IV gotas.
Jarabe de goma c. s. para edulcorar.	

Se agita la poción en el momento de usarla, al objeto de que quede en suspensión el bismuto.

Con esta poción, haciéndola tomar en ayunas al enfermo en el momento de practicar el examen y previa la evacuación del intestino mediante un purgante, podemos observar la imagen total del estómago, sus dimensiones, modo de llenarse, su motilidad y evacuación del contenido en el intestino.

Poco tiempo después de ingerir la poción, y teniendo en cuenta que ésta no tiene grandes condiciones para provocar la digestión gástrica, se ven aparecer contracciones que nos permiten observar todas las fases del peristaltismo gástrico y la evacuación por el piloro.

POLVO DE BISMUTO LICOPODIO

Subnitrito (o carbonato de bismuto).	30 grs.
Polvo de licopodio	10 grs.

La mezcla se hace en un mortero.

Teniendo en cuenta que el bismuto en esta forma flota en el agua, si se introduce en el estómago que contiene líquido, podemos observar a la pantalla la línea de nivel que ocupa en el estómago y que seguirá todos los movimientos del enfermo; de este modo podemos darnos cuenta de la cantidad de líquido que existe en los casos de éxtasis.

La cantidad necesaria es de unos 60 gramos, que va tomando el enfermo a cucharadas con una gota de agua.

Kaestle utiliza unas cápsulas de gelatina que las endurece con la formalina, al objeto de evitar que se disuelvan. De éstas unas contienen aire y bismuto, a fin de que floten sobre el líquido, las otras bismuto solo, para que vayan al fondo.

Schwarz prepara otras cápsulas que están compuestas de pepsina y bismuto encerrado en una cubierta de goma. Se utilizan para determinar la cantidad de ácido clorhídrico libre.

Antes de hacer el examen radiológico es necesario preparar convenientemente al enfermo, al objeto de evitar falsas interpretaciones por la presencia de restos de sustancias alimenticias en el estómago e intestinos; ya lo hemos indicado anteriormente, y bueno será repetirlo.

Así, pues, al enfermo se le administrará un purgante el día anterior al examen, y el día de la observación estará en ayunas y se pondrá un enema de limpieza; de este modo tenemos al paciente en las condiciones fisiológicas normales, según la frase de Lester (de Filadelfia). Por otra parte, hasta que esté terminada la exploración no debe tomar el enfermo alimento alguno, pues la presencia de alimentos en el aparato digestivo que contiene una comida opaca, tiende a diluirla y alargar el tiempo de permanencia en el estómago.

Teniendo en cuenta que en estado normal la digestión se hace en la posición de pie o sentado, ésta será también la posición del enfermo, por ser la posición normal de las vísceras contenidas en el abdomen. En algunos casos debe completarse el reconocimiento en el decúbito lateral, dorsal o ventral.

No debe practicarse la palpación del abdomen durante el reconocimiento. Chilaiditis aconseja hacer la siguiente maniobra: el enfermo en la posición de pie hace una aspiración profunda, y cerrando después la glotis hace un esfuerzo de aspiración, retrayendo a la vez las paredes abdominales, y evitando que el aire penetre en el pulmón. En estas condiciones, el diafragma se eleva bastante, lo mismo que las demás vísceras, pudiéndose observar así la movilidad o la existencia de adherencias.

Puestos el enfermo y aparato en las condiciones indicadas, procederemos al examen radioscópico, el cual demuestra sobre el vivo que el estómago funcionando no corresponde a la descripción anatómica sobre el cadáver. Es conveniente precisar las diferencias de forma y de relación del estómago en las distintas posiciones, o sea de pie o acostado.

En la posición de pie el estómago da la imagen a la izquierda de la línea media del abdomen. La tuberosidad mayor corresponde a una cámara de aire en relación con el diafragma del lado izquierdo. (Lámina I. Fig. 1.^a) Debajo de esta cámara de aire que está a nivel de la 12.^a vértebra dorsal se aprecia la línea del contenido gástrico; por debajo de esta línea tiene el estómago de ordinario la forma de una J mayúscula.

En la posición horizontal o acostado el enfermo en decúbito supino, aparece el estómago (lámina 1.^a, figura 2) como una masa globulosa, cuyo punto más declive corresponde al borde superior de la tercera vértebra lumbar; el diámetro transversal está aumentado.

Es de importancia señalar que en esta posición no se ve la cámara de aire, pues se hace subyacente a la pared anterior. La región pilórica se coloca a nivel de la parte media o izquierda del cuerpo de la segunda vértebra lumbar.

Este examen no es útil más que accesoriamente.

Primer tiempo.—*Técnica del examen radioscópico.*—*Leveu y Barret practican el reconocimiento en tres tiempos.*—Este primer reconocimiento debe hacerse por la mañana, estando el enfermo en ayunas, como ya hemos indicado. Si por los datos tomados en este primer reconocimiento necesitamos hacer otro, éste debe practicarse algún tiempo después de la comida de prueba, pues según la fase de la digestión que tengamos necesidad de observar, se practicará esta observación al principio, en medio o al final de la evacuación gástrica.

Después, si hay necesidad de recoger más datos, se harán en días sucesivos las observaciones que se crean necesarias.

Estos reconocimientos, hechos con las debidas precauciones, no tienen peligro para los enfermos; no se necesita más que paciencia y constancia, que no siempre la tienen los pacientes.

El reconocimiento debe hacerse estando el enfermo desprovisto de ropas, al objeto de evitar confusiones.

La imagen radioscópica puede tomar varios aspectos:

1.^o Se observa una opacidad uniforme de toda la pared abdominal, no siendo la más diferenciada la región gástrica. 2.^o En el lugar correspondiente a la parte superior del estómago es donde podremos observar una región más clara, de forma esférica u ovoidea, cuyo eje mayor es vertical y de vértice inferior.

Estos diferentes aspectos son debidos a la mayor o menor cantidad de gas contenido en el estómago. Ocurrirá lo primero cuando la cantidad de gas es muy pequeña, y lo segundo cuando esta cantidad sea mayor.

En el transcurso del reconocimiento puede verse una zona clara más alargada y a la misma altura, pero más a la izquierda y más distante de la línea

media, la cual corresponde al ángulo izquierdo del colon, o sea al punto de unión del colon transversal con el descendente; esta zona clara se diferencia de la producida por el estómago en que por la acción de los líquidos o polvos ingeridos por el enfermo no se modifica, y la zona gástrica se modifica en sus dimensiones y su claridad es mayor a la pantalla.

En estado normal y en ayunas el estómago está vacío y la cámara de aire no es tan clara como después de la ingestión de 15 a 20 cc. de agua; de este modo el agua rechaza al gas y lo comprime hacia la cámara de aire, la cual destaca perfectamente sobre el fondo gris de la pared abdominal.

Los resultados de esta observación son los siguientes: 1.^o Cámara de aire muy clara o muy voluminosa: indica una acumulación anormal de gas en el estómago. Esta luminosidad anormal es producida porque el líquido residual ingerido el día anterior, o la secreción salival en exceso, o el líquido de hipersecreción gástrica comprimen hacia la cámara de aire el gas del estómago. Esta observación, como puede comprenderse, se debe hacer sin que el enfermo ingiera líquido alguno. 2.^o La cámara de aire es muy clara y el enfermo ingiera líquido alguno. 3.^o Zonas claras múltiples diseminadas por el abdomen: nos indican la presencia de gases en las asas intestinales que no nos permiten en muchos casos prejulgar la causa, pero si el estómago aparece fuertemente distendido podemos explicarnos la presencia de gases en el intestino por haber podido franquear el piloro el gas aumentado en el estómago. En estas condiciones puede el hígado destacar perfectamente sobre las paredes claras del estómago e intestino, pues hay que tener en cuenta que en el estado normal y en el adulto no es visible el hígado; por el contrario, sí lo es en el niño. 4.^o Presencia de líquido en la cavidad gástrica: reconoce varios orígenes. Cuando la cámara de aire es muy visible, hay que suponer que el estómago contiene líquido; existe en gran cantidad cuando su nivel horizontal destaca claramente en negro bajo la cámara de aire; este nivel se hace más o menos extenso; según sea más o menos abundante el líquido por las sacudidas se presentarán ondulaciones y cambiará de situación por los cambios de posición del enfermo. El origen de este líquido puede ser: saliva deglutida en más o en menos cantidad, hipersecreción gástrica o líquido de éxtasis cuando el vaciamiento del estómago no se verifica o se hace mal.

Segundo tiempo.—*Bismuto licopodio.*—Este tiempo no es siempre indispensable, pero puede ser útil. Podrá ser indispensable cuando se trate de descubrir pequeñas cantidades de líquido, que no puede hacerse aparente por los medios anteriores, pero no tendrá utilidad alguna cuando la cantidad de líquido sea grande.

Colocado el enfermo en posición, se le hace tomar una cucharada grande del polvo de bismuto-licopodio, procurando que el enfermo no respire; esto tiene por objeto evitar la tos y otros reflejos molestos que haría salir al polvo por la nariz. De este modo se puede observar el camino que el polvo recorre hasta llegar al estómago, y si no hay ningún obstáculo normal en el esfago, franquea rápidamente el cardias, desciende a lo largo de sus paredes, se estaciona en la parte inferior de la zona clara formando una masa triangular cuyo vértice va insinuándose hacia la parte tubular; esta insinuación puede hacerse más o menos rápida; si tarda a descender, se hace que el enfermo degluta saliva, y si no es suficiente, se le hace ingerir una cucharada de agua; de este modo el bismuto llega rápidamente hasta el fondo del estómago, el cual se dibuja en su totalidad bajo la forma de una delgada línea claramente

visible. Este aspecto de la imagen indica que el estómago está vacío. Por el contrario, si contiene líquido, el bismuto flota en él.

Tercer tiempo.—*El bismuto gomado.*—Puesto el aparato en marcha y colocado el enfermo, se le hace ingerir 200 cc. de esta poción; puesta la vista del observador en la pantalla, puede verse descender el líquido en el estómago, contornea el borde derecho de la zona clara y penetra pronto en la porción tubular. Este trayecto recuerda mucho el seguido por el bismuto-licopodio; sin embargo, hay alguna diferencia. Tan pronto como el bismuto gomado franquea el cardias, alcanza la porción tubular hasta el punto más declive, sin estacionarse en la zona clara como el polvo. El líquido se insinúa entre las paredes del estómago más deprisa que el bismuto lycopodio.

Cuando el enfermo toma más cantidad de poción, la línea negra que aparece primero se ensancha, se hace más clara la porción tubular, pero el punto más declive se queda a la misma altura, sea cualquiera la cantidad de poción que ingiera el enfermo.

El nivel superior del líquido se extiende en la zona clara debajo de la cámara de aire, formando una cuerda de arco con la pared adyacente del diafragma.

Conforme aumenta la cantidad del líquido ingerido, aumenta poco a poco la anchura de la porción tubular y se hace más grande y más visible la imagen del estómago.

Se hace mejor la observación con el bismuto gomado que con la leche bismutada simple, pues ésta tiene el inconveniente de que deja precipitar el bismuto al fondo.

DR. E. PASTOR GUILLÉN.

REVISTA DE REVISTAS

Tratamiento eléctrico de la gota.

Las modalidades electro-terapéuticas en el tratamiento de la gota, en opinión de Nuytten, se limitan a dos, a saber: las corrientes de alta frecuencia y la gimnasia eléctrica generalizada, empleada según el método de Bergonié.

Muchos experimentadores han observado que las corrientes de alta frecuencia influyen de una manera notable sobre el metabolismo nitrogenado. Respecto al mecanismo de acción de las corrientes se conoce muy poco; según la hipótesis más aceptada, los efectos deben atribuirse a una influencia trófica directa.

Respecto a la gimnasia eléctrica generalizada o ergoterapia pasiva de Bergonié, constituye un progreso importante en la terapéutica de las enfermedades de la nutrición. Según ha observado Nuytten, el estado general mejora con rapidez, el insomnio desaparece y el dolor se mitiga.

De los demás métodos generales, el baño estático puede ser útil cuando hay neurastenia o insomnio; en el estreñimiento crónico la galvanización abdominal es útil por remediar una de las causas de la auto-intoxicación.

Como tratamiento local, el método eléctrico más eficaz es la galvanización de gran intensidad. En las crisis agudas, la corriente galvánica ejerce una acción benéfica, y muchas veces se consigue que aborte el ataque con una o dos sesiones; pero aunque el trastorno sea permanente, existen depósitos de uratos en los cartílagos y haya rigidez articular, la galvanización es el mejor tratamiento. La acción analgésica de la corriente continua se manifiesta si las aplicaciones son lo bastante largas e intensas (20 a 25 miliamperios durante 20 a 40 minutos, según la superficie de los electrodos y la sensibilidad del enfermo). La ionización de litio como auxiliar de la corriente galvánica, tiene ciertas ventajas y ningún inconveniente. Se han empleado también con éxito otros iones.

Las corrientes de alta frecuencia se han empleado para el tratamiento local en dos formas principales: efluvios y diatermia. Los primeros producen, según parece, efectos vasomotores y principalmente analgésicos. La acción de la diatermia es dudosa, puesto que se ha observado aumento del dolor, y los resultados no son muy satisfactorios.

(Arch. d'electr. méd.)

PROFESIONALES

UNIÓN MÉDICA NACIONAL

El día 4 del actual se reunieron los delegados de los distritos de la provincia como anunciábamos en el número anterior.

A continuación publicamos el acta de dicha sesión:

Acta de la sesión celebrada para el nombramiento de la Junta provincial

En Zaragoza a 4 de Noviembre de 1914, siendo las once de la mañana, se reunieron en el salón de conferencias de la Facultad de Medicina, cedido galantemente por el Sr. Decano, D. Hipólito Fairén, y previa invitación reiterada de la Comisión organizadora de la Unión Médica Nacional, compuesta de D. José Boullón, de Morata de Jiloca; D. Jacinto Madroñero, de Morés; don Pedro Arilla, de Quinto, y D. Tomás Tobajas, de María, los señores representantes de los distritos de la provincia que se expresan a continuación:

D. José Lázaro,	titular de	Bardallur	por	La Almunia
» Luis Lacosta	» »	Belchite	»	Belchite
» Manuel Puyuelo	» »	Borja	»	Borja
» Joaquín Gallardo	» »	Tierga	»	Calatayud
» Isidro Navarro	» »	Cariñena	»	Cariñena
» Leonardo Sancho	» »	Caspe	»	Caspe
» Eusebio Navarro	» »	Daroca	»	Daroca
» Miguel Bernabé	» »	Castejón de Valdejasa	»	Egea de los Caballeros
» Adolfo Escudero	» »	La Zaida	»	Pina
» Manuel Basurte	» »	Tarazona	»	Tarazona
» Serafín Navarro	» »	Sádaba	»	Sos
» Julián Vililla	» »	Villanueva Gállego	»	Zaragoza

los que acreditan su representación oficial de los respectivos distritos exhibiendo las actas de las sesiones celebradas en los partidos judiciales con este objeto, suscriptas por los compañeros titulares con ejercicio en los diversos pueblos que integran aquéllos, y que desde luego, por este solo hecho, ingresan en la Unión.

Constituida la mesa por la citada Comisión organizadora y el Sr. Inspector provincial de Sanidad, D. Felipe Sáenz de Cenzano, que asiste al acto para el que ha sido invitado, el Sr. Presidente, D. José Boullón, expone a la consideración de los asistentes los diversos trabajos realizados a partir de la Asamblea regional celebrada en el mismo local durante los días 2 y 3 del

pasado Septiembre, que han sido coronados por el éxito, como lo prueba el hecho de haberse constituido, a su reiterada instancia, las Juntas directivas de distrito en esta provincia, así como las de las provincias hermanas Huesca y Teruel, que marchan perfectamente unidas en este nuevo movimiento societario, teniendo las mejores impresiones respecto a las de Soria y Logroño, adscritas a esta región.

Se da cuenta de una carta del Dr. Moliner a la Comisión, encomiando los trabajos de ésta y expresando los que él realiza cerca del Ministro de la Gobernación e Inspector general.

El Sr. Boullón manifiesta el primordial objeto de la sesión actual, cual es el nombramiento de la Junta provincial, mejor dicho, del Comité ejecutivo, ya que los Vocales son los Presidentes de las Juntas de distrito.

El Sr. Cenzano indica la conveniencia de nombrar una Ponencia que proponga una candidatura.

El Sr. Escudero propone se nombren los señores Boullón y Madroñero por los trabajos en pro de la Unión, ya que a ellos se debe.

El Sr. Vililla manifiesta que debe ser Presidente honorario el Sr. Cenzano, muy bien la designación de los señores Boullón y Madroñero hecha por el señor Escudero y propone al Sr. Tobajas como Secretario.

El Sr. Presidente manifiesta que los compañeros que desempeñan cargos oficiales no deben formar parte de esas Juntas.

El Sr. Madroñero suplica le eliminen de la candidatura.

El Sr. Arilla dice deben continuar Boullón y Madroñero para completar la obra.

Quedan nombrados por unánime acuerdo: Presidente, D. José Boullón, de Morata de Jiloca; Tesorero, D. Tomás Tobajas, de María, y Secretario, don Jacinto Madroñero, de Morés.

El Sr. Tesorero, D. Jacinto Madroñero, da a conocer el estado de cuentas de la Comisión organizadora y se aprueba por unanimidad.

Con lo que, y no habiendo más asuntos de que tratar, se levanta la sesión firmando los asistentes.—José Boullón.—Julián Vililla.—Jacinto Madroñero. José Lázaro Bravo.—Luis Lacosta.—Leonardo Sancho.—J. Gallardo.—Manuel Puyuelo.—Isidro Navarro.—Eusebio Navarro.—Miguel Bernabé.—Adolfo Escudero Paul.—Manuel Basurte.—Pedro Arilla.—Serafín Navarro.—Tomás Tobajas.—Todos rubricados.

Es copia del acta original a que me refiero.

Morés 8 de Noviembre de 1914. = JACINTO MADROÑERO, *Secretario*.
V.º B.º: *El Presidente*, J. BOULLÓN.

El II Congreso de Sanidad Civil

Madrid. -Días 20 a 24 del corriente mes

Con brillantez inusitada se acaba de celebrar en Madrid el II Congreso de Sanidad Civil. Las sesiones de inauguración y de clausura fueron de gran solemnidad. Por otra parte, los médicos titulares que a él acudieron pueden estar satisfechos ante la cordialísima acogida que han tenido en la villa y corte.

Han sido obsequiados espléndidamente y las promesas en firme y al parecer de buena fe, hechas por los prohombres de la política y por los eminentes compañeros de gran prestigio e influencia, han menudeado tanto como los obsequios.

Por lo visto, la clase médica no está huérfana de apoyo; sus justificadas quejas y sus redentores anhelos seguramente serán atendidos en las altas esferas del Poder.

Congratulémonos por ello.

Como prueba de la buena disposición en que está el Gobierno para proteger los intereses de la clase médica, se ha aprovechado la ocasión del Congreso para comunicar a ésta de un modo ruidoso la reciente presentación a las Cámaras legislativas del proyecto de ley de Epidemias, por la que, entre otras cosas, se ampara al compañero que en el cumplimiento de su deber pierde la vida.

A nosotros nos causa alguna extrañeza la presentación de este proyecto existiendo la proposición de ley pidiendo la creación del Cuerpo de Sanidad Civil. Y nos extraña, no porque uno y otra se contradigan, sino precisamente porque los dos proyectos tienden a hacer del médico titular un funcionario del Estado, y si los dos se aprueban resultarán por partida doble. A fuerza de pedir se les va a dar más de lo que piden. Sea enhorabuena.

Mirando esta cuestión desde afuera se ve claramente dos fuerzas que, tendiendo al mismo fin, trabajan por separado; y esta es la causa de nuestra inquietud, pues pudiera resultar que los dos factores, elementos u organismos se lleguen a oponer uno frente al otro y los esfuerzos queden esterilizados en perjuicio de la paciente clase que quieren redimir.

Poco nos importa cuál sea quien con su empeño salga: lo que verdaderamente nos interesa es que el médico titular (hoy sobrado de padrinos) consiga emanciparse y adquirir las preeminencias de todo funcionario de la Nación.

Nadie ignora que en todo esto hay una codiciada higa, vulgo *breva*, y que unos cuantos señores quieren cogerla. Bien está. Pero dense prisa y cójanla pronto uno u otro, no sea que en el árbol llegue a podrirse y a los titulares no les llegue ni la olor.

NOTICIAS

Oposiciones.—Han comenzado en San Carlos las oposiciones a la plaza de Auxiliar del segundo grupo, vacante en la Facultad de Medicina de Cádiz.

Forman el Tribunal los doctores D. Antonio Fernández Chacón, como Presidente, y D. Tomás Maestre, D. Antonio María Cespedal Tomé y D. Jesús Sarabia y Pardo, como Vocales, y D. Enrique Salcedo y Ginestal, Secretario.

Los opositores son: D. Ricarno Horno Alcorta, D. Juan de Soldevilla y Santa Olalla y D. Pedro Noriega Rubina.

*

Distinción merecida.—Se ha concedido la gran Cruz de Isabel la Católica al eximio Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, D. Sebastián Recasens. S. M. el Rey, en atención a los relevantes servicios prestados por el Dr. Recasens, le ha regalado las insignias de dicha condecoración.

Los grandes e indiscutibles méritos del Dr. Recasens le hacen muy acreedor a esta distinción, y por lo que le enviamos nuestra felicitación más sincera.

*

Ha fallecido la virtuosa señora D.^a Elena Parra, esposa del ilustrado redactor de *La Clínica Castellana*, D. Félix Domenech.

Ya sabe tan querido compañero cuán de veras nos asociamos a su pena.

*

La locura en los ejércitos en campaña.—Después de la guerra ruso-japonesa y previo estudio de sinnúmero de documentos referentes a las guerras europeas de 1860 y 1870, el Dr. Vialatte, de Lyon, publicó un buen tratado sobre este asunto, del que copiamos las siguientes conclusiones:

1.^a Se nota en los ejércitos de campaña aumento muy sensible de los casos de enfermedades mentales con relación a las cifras del tiempo de paz.

2.^a De la suma total de los enfermos y

de los heridos puede colegirse una proporción calculada en un 4 por 100.

3.^a Además de las causas etiológicas transitorias (intoxicaciones, infecciones diversas, emociones, etc.), conviene señalar la acción todavía más definida de las grandes explosiones. El alcoholismo tiene muy marcada influencia etiológica y casi preponderante.

4.^a La guerra no provoca forma determinada de psicosis. Los acontecimientos de la guerra no influyen necesariamente sobre el color del delirio, pero se comprueba un marcado predominio de los estados depresivos.

5.^a Conviene preparar cumplida asistencia psicométrica en campaña y particularmente asegurar la separación de los alienados en las mejores condiciones posibles.

6.^a Dada la importancia de las predisposiciones morbosas, las medidas profilácticas en tiempo de paz deben tender a descubrir y a eliminar a los anormales, así como a combatir, por todos los medios, el alcoholismo en los ejércitos.

Tales hechos tienen una explicación muy racional dentro de la etiología de las psicopatías.

Entre otras fatales consecuencias, causa horror el considerar la que tendrá la presente guerra europea en el terreno de la Patología mental.

*

Concesión de una gran Cruz.—Ha sido concedida la gran Cruz de Isabel la Católica al doctor D. Ricardo Royo Villanova, ilustre Rector de esta Universidad.

Con tal motivo, las múltiples Corporaciones a que pertenece y el Ayuntamiento de Zaragoza han acordado costearle las insignias, como expresión de las generales simpatías con que cuenta el Dr. Royo.

Nuestra más sincera enhorabuena.

*

En sustitución del inolvidable Dr. Gutiérrez, la Real Academia de Medicina de Madrid ha elegido senador al reputado doctor D. Baldomero González Alvarez.

Felicitemos a la Academia y al doctor González Alvarez, cuyas gestiones como senador han de ser, sin duda, beneficiosas para la clase médica.

DON VICENTE CUBELLS

Aunque tan distinguido compañero estaba inutilizado para el ejercicio de la profesión desde 1909, a causa de una hemorragia cerebral, la noticia de su muerte, ocurrida recientemente, nos ha producido honda pena, como produce siempre la de todo hombre honrado y laborioso, cualidades que en alto grado adornaban a don Vicente Cubells.

Fué uno de los redactores más entusiastas de la importante Revista *La Medicina Valenciana*, en la que publicó trabajos de gran valía, que harán imperecedero su recuerdo.

Su bondad superaba a su talento, con ser éste tan grande. Nada tiene, por lo tanto, de extraño que su enfermedad primero y su muerte después, hayan sido tan sentidas por cuantos le conocieron y amaron.

Pescanse en paz tan infortunado compañero, por cuya muerte enviamos nuestro sentido pésame a toda su distinguida familia, y en particular a nuestro distinguido compañero el doctor D. Arturo Cubells, Inspector de Sanidad de Albacete.

*

La nueva Junta directiva de la Asociación Española de Urología para el próximo bienio ha quedado constituida en la siguiente forma:

Presidente, Dr. Mollá, catedrático de la Facultad de Medicina; Vicepresidente, Dr. Barragán; Secretario, Dr. Cienfuentes; Secretario de actas, Dr. Pérez Grande; Tesorero, Dr. González Tánago; Vocal primero, Dr. Peña, y Vocal segundo, doctor Covisa.

SOLUCIÓN BENEDICTO de glicerofosfato de cal con CREOSOTAL. 2,50 pesetas frasco.

El Gobierno de S. M. ha concedido la gran Cruz de la Orden civil de Alfonso XII al eximio catedrático de la Facultad de Farmacia, D. José Rodríguez Carracido. La clase farmacéutica, deseando dar

una prueba de admiración y simpatía al doctor Carracido, piensa regalarle las insignias de dicha orden, para lo cual abrirá una suscripción, de cuota muy módica, a fin de que puedan contribuir a ella todos los farmacéuticos de España.

En pocas ocasiones, como en esta, se ha concedido con tanta justicia una condecoración, destinada a premiar los grandes méritos del agraciado.

Reciba por ella el Dr. Carracido nuestro más sincero parabién.

A nuestros lectores

Por convenio con distintas casas editoriales, podemos proporcionar a nuestros compañeros en ventajosas condiciones cuantas obras de Medicina deseen, haciendo los pedidos directamente a esta Administración.

Preparado recomendable.—Recibimos hace algún tiempo unas cajas de inyectables de Iodógeno (preparación de vapor de yodo inyectable), que ensayamos en cuanto se nos presentó ocasión favorable. En dos casos de adenitis hemos obtenido excelentes resultados. Es un buen preparado que seguramente ha de extenderse en la práctica profesional diaria a medida que se vaya conociendo. Son unas ampollas que contienen un centígrado de yodo metalóideo muy puro, bisublimado que, al ser calentadas, se forma vapor de yodo naciente: un sencillo e ingenioso aparato de inyección practica esta última.

Damos las gracias al autor, el ilustrado Farmacéutico de Madrid, Dr. Cubas, por su atención, dándole también la enhorabuena por haber sabido elaborar tan excelente producto.

*

Una conferencia.—La agrupación de Jóvenes Practicantes inauguró el día 16 del actual una serie de conferencias en su domicilio de la calle de Fuenclara, 2.

La primera fué dada por el Sr. Inspector provincial, D. Felipe Sáenz de Cenzano, acerca del tema «La instrucción como base de educación moral y profesional del Practicante».

*

Ateneo Médico-Escolar.—Solemne inauguración del curso.—El día 16 del

corriente mes, a las cinco y media, en la Facultad de Medicina, se inauguró el curso presente para la labor cultural del Ateneo Médico Escolar.

El Presidente, D. Luis Eseverri, leyó unas cuartillas, dando a continuación una conferencia, sobre el tema «Neurastenia y Psicastenia», el Ilmo. Sr. Rector Dr. Royo Villanova.

Huelga el hacer reseña alguna del brillante discurso del conferenciante, pues basta con decir que es suyo y, por lo tanto, magistral en el fondo y en la forma.

*

Dos procedimientos, prácticos y sencillos, de purificación del agua.—

Hay que estar prevenido para todo. Por mil causas puede ocurrir en un momento dado que las aguas que un pueblo use para bebida y uso domésticos se impurifiquen en forma tal que no puedan ser utilizadas; en caso tal, a quien primeramente acudirá la autoridad local y el pueblo en masa, para que, como Inspector municipal de Sanidad, les evite los graves trastornos que la falta de agua o sus malas condiciones pueden ocasionar, será al Médico titular, y por esto creemos que el conocimiento de los siguientes procedimientos, sencillos y prácticos, ha de ser de gran utilidad para nuestros compañeros.

Uno ha sido propuesto por el profesor Armando Gautier al segundo Congreso Internacional de Higiene Alimenticia, celebrado en Bruselas, y consiste en lo siguiente:

Primeramente se debe clarificar el agua, y para esto se le hace hervir un rato, después de añadirle dos gramos y medio de sal marina por litro. Esta pequeña cantidad de sal no altera su sabor y tiene por objeto el hacer coagular en caliente las sales de alumina y al mismo tiempo clarificar el agua. En estas condiciones, y después de dejarla reposar unas horas, puede servir para lavados, baños, etc.

Sin embargo, todavía no sirve para bebida, por estar cargada de materia orgánica que la hace desagradable y perjudicial. Para hacerla enteramente potable, se le añaden, estando caliente todavía, algunos decigramos de permanganato de cal,

por litro. Esta sal colorea el agua y la coloración desaparece enseguida, en tanto que hay materia orgánica putrescible, en cantidad sensible; cuando la coloración rosada es persistente, se vuelve a calentar el agua ligeramente hasta que desaparezca, o bien se le añade en frío algunas gotas de una solución tenue de sulfito sódico, o si no un poco de carbón vegetal molido. Basta después decantar o filtrar para tener un agua potable de excelente calidad.

ANISOSA (Bicarbonato de sosa anisado). Caja de 150 gramos 0,50 pesetas. En todas las buenas farmacias. Depósito general: doctor Benedicto, San Bernardo, 41, Madrid.

Este otro procedimiento más que para potabilizar un agua sirve para esterilizar un agua potable que por cualquier causa haya sido contaminada. Ha sido propuesto por la casa Bayer y Comp.^a y es sencillísimo como puede verse:

A tres litros del agua que se desee esterilizar se le añaden tres gramos de una mezcla a partes iguales de cloruro de calcio y sal de cocina; la sal sirve para la distribución uniforme del cloruro de calcio, evitando que se formen grumos de él; se agita y se deja actuar durante diez minutos repitiendo el agitado de cuando en cuando. Después se añaden 2,10 gramos de percarbonato sódico, el que por el oxígeno que deja en libertad, hace desaparecer el cloro del agua en cinco o diez minutos. No queda más que filtrar el agua por un papel de filtro sencillo y tenemos ya un agua perfectamente esterilizada.

Langer, utilizando este procedimiento con un agua infectada artificialmente con bacilos colérico, tífico, paratífico y disenterico, ha obtenido resultados excelentes y añade que en la forma indicada desaparece todo sabor desagradable a cloro, pero que aunque en algún caso no desapareciera por completo, se podría corregir agregando un poco de ácido cítrico.

Los mismos excelentes resultados señala Galli-Valerio que ha usado el procedimiento con el agua de Lausana tal como era e infectada artificialmente con los gérmenes antes citados; aunque en cuanto al sabor del agua tratada por esas sustancias

químicas, dice no haber conseguido hacer desaparecer por completo el gusto a cloro añadiéndole la indicada cantidad de percarbonato sódico, pero que para lograr este fin basta agregarle una pequeña cantidad de zumo o de esencia de limón; por lo demás, el agua así obtenida es inofensiva en absoluto, habiéndola bebido el autor durante quince días sin sufrir trastorno alguno.

(Rev. Nav. de Med. y Cirug.)

COPIAS A MÁQUINA.—Se reciben encargos en la Administración de HOJAS MÉDICAS. Precios muy económicos.

Según noticias que tenemos por fidedignas, el Consejo de Estado ha despachado favorablemente el Reglamento destinado a dar cumplimiento a la ley de pensiones a los médicos inutilizados en el ejercicio de la profesión durante una epidemia y a las viudas y huérfanos de los fallecidos a consecuencia de la misma. Sólo tendrán derecho a este beneficio los médicos de la Beneficencia general, provincial y municipal, y los Subdelegados que lleven cierto número de años desempeñando el cargo.

El origen de esta ley fué la proposición presentada al Senado por el Sr. Alonso Castrillo, proposición debida a las preguntas que siendo Ministro de la Gobernación le hizo el diputado D. Luis Redonet y López Dóriga.

Es de esperar que el Ministro de la Gobernación, que tanto interés ha manifestado siempre por la clase médica, hará cuanto esté de su parte para que ésta vea realizada una de sus más justas y anheladas aspiraciones.

*

Ha quedado constituido en Barcelona un Comité de Doctores del Claustro extraordinario de la Universidad de dicha población. Este Comité lo forman los señores siguientes:

D. José Zulueta Gomis, D. José Oller Rabasa, D. S. Estebanell, D. Alejandro Rey Stoller, D. Tiberio Avila, D. Rosalino Rovira, D. Manuel Riquelme Sánchez y D. José Suárez de Figueroa.

En la primera reunión celebrada se acordó:

1.º Redactar un programa mínimo de reformas y peticiones para los Doctores del Claustro extraordinario; y

2.º Convocar a una reunión general de Doctores del Claustro extraordinario para la aprobación de dicho programa y tratar del próximo Congreso de Doctores que se celebrará en Madrid.

*

A causa de la guerra europea se han suspendido los siguientes Congresos que iban a celebrarse el año actual: Congreso internacional de Neurología, Psiquiatría y Psicología, Berna, 7-12 de Septiembre. II Conferencia internacional de los Baños populares y escolares, Bruselas, 7-10 de Agosto. XIV Congreso francés de Medicina, Bruselas, 30 de Septiembre a 3 de Octubre. III Congreso internacional de Enfermedades profesionales, Viena, Septiembre. XII Conferencia internacional contra la Tuberculosis, Berna, 14-16 de Septiembre. XXIV Congreso de Alienistas y Neurologistas de Francia y de los países de idioma francés, Luxemburgo, 3-7 de Agosto. XI Congreso internacional de Oftalmología, San Petersburgo, 10-15 de Agosto (calendario ruso). XI Sesión de Estudios de la Asociación internacional de Perfeccionamiento científico y médico, Berna, 3-10 de Septiembre.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Los Progresos de la Clínica.—Sumario del número 22:

I.—Tratamiento del cáncer por las sustancias radioactivas (artículo III), por el Dr. D. Tomás Garmendía, pensionado en Berlín por el Gobierno español.

II.—Ensayos de un nuevo método de tratamiento de las fracturas de los miembros, por el Dr. D. Arturo Perera, con la colaboración radiográfica de los doctores Ratera.

III.—Valor práctico de los denominados procedimientos abreviados de la reacción de Warsermann y particularmente del procedimiento de Bauer Stern, por el Dr. D. Francisco Escudé.

IV.—Casos clínicos: 1.º Dacriocistitis, por el Dr. Greeff, de Berlín, con dos láminas a todo color.—2.º Enorme epiteloma ulcerado de la parótida, por el Dr. Perera. 3.º Soldadura de los dedos pulgar y meñique, por el Dr. Perera.

V.—Reseña de Academias y Sociedades médicas.

VI.—Revista de la Prensa.

VII.—Bibliografía.

Sumario del Suplemento

I.—Ventajas que ofrece la suscripción al periódico y mejoras en la Revista para 1914.—II. Disposiciones oficiales.—III. Noticias de interés general.—IV. Partidos

médicos vacantes.—V. Correspondencia con los señores suscriptores.

*

Tratado de Patología y Terapéutica especiales de las enfermedades internas, por el Dr. Strumpell.—Traducción del doctor P. Farreras. Editor, F. Seix, Barcelona.

Hemos recibido los cuadernos 6 al 10 de esta importantísima obra, en los que se completa el estudio de las grandes infecciones, las enfermedades del aparato respiratorio y comienza el de las enfermedades del corazón; todas ellas tratadas con sin igual maestría y desde un punto de vista eminentemente práctico.

A los Autores y Editores

“Hojas Médicas,, anunciará en dos números sucesivos todas las obras de las que se envíe un ejemplar y hará, además, un juicio crítico imparcial si se remiten dos ejemplares.

Obra nueva o Publicación importante

Diez y nueve ediciones en Alemania y numerosas traducciones en todos los idiomas

TRATADO
DE

Patología y Terapéutica especiales de las Enfermedades internas

para Estudiantes y Médicos, por el DR. ADOLFO STRÜMPELL
Profesor y Director de la Clínica Médica de la Universidad de Leipzig

CON NUMEROSOS GRABADOS INTERCALADOS Y LÁMINAS EN NEGRO Y EN COLORES

Traducido directamente de la última edición alemana por el
DR. PEDRO FARRERAS

Puede adquirirse por cuadernos a una peseta o por tomos encuadernados a pagar a plazos, dirigiéndose a las principales librerías y centros de suscripción o a la casa editorial

F. SEIX - San Agustín, 1 a 7 (Gracia) - BARCELONA

VACANTES

DE MÉDICO

La de Tejado y sus anejos Tapiela, Ribarroja, Zamajón, Villanueva, Sauquillo, Alparrache, Nomparedes, Castil y Boñices (Soria), partido judicial de la misma. Habitantes de los diez pueblos 1.483. Tejado dista 30 kilómetros de Soria y 25 de Morón, la estación más próxima. Dotación anual 4.300 pesetas, satisfechas en el mes de Septiembre de cada año en la forma que se convenga con el agraciado. Las solicitudes hasta el 30 de Noviembre de 1914 al alcalde D. Victoriano Duro.

—La de Gomara y sus anejos Paredesroyas y Torralba de Arciel, situado el que más a 4 kilómetros (Soria), partido judicial de la misma. Habitantes de los tres pueblos 845. Gomara dista 30 kilómetros de Soria, la estación más próxima. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 2.000 en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 26 de Noviembre al alcalde D. Germán Morales.

—Una de Monesterio (Badajoz), partido judicial de Fuentes Cantos. Habitantes 4.777, distante 20 kilómetros de la cabeza de partido y 28 de Bienvenida, la estación más próxima. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 26 de Noviembre al alcalde D. Guillermo Garzón.

—La de Barromán (Avila), partido judicial de Arévalo, por renuncia. Habitantes 485, distante 16 kilómetros de Arévalo, la estación más próxima. Dotación anual 750 pesetas por la asistencia a 20 familias pobres y 2.250 en concepto de iguales. Las solicitudes documentadas hasta el 28 de Noviembre al alcalde D. Miguel Martín.

—La de Iruela y su anejo Chillevar, situado a 9 kilómetros (Jaén), partido judicial de Cazorla, por renuncia. Habitantes de los dos pueblos 5.113. Iruela dista un kilómetro de Cazorla y 75 de Baeza, la estación más próxima. Dotación anual 1.500

pesetas por la asistencia a 121 familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 28 de Noviembre al alcalde D. Nicolás del Río.

—La de Nava de Arévalo (Avila), partido judicial de Arévalo, por renuncia. Ayuntamiento de 728 habitantes, compuesto de cinco pueblos. Nava de Arévalo dista 11 kilómetros de Arévalo, la estación más próxima. Dotación anual 1.500 pesetas por la asistencia a las familias pobres y las iguales. Las solicitudes hasta el 28 de Noviembre al alcalde D. Julián Martín.

—La de Montejo de Liceras y sus anejos Rebollosa, Pedro, Sotillo, Torresuso y Carrascosa de Abajo, situado el que más a 5 kilómetros (Soria), partido judicial de Burgo de Osma, por renuncia. Habitantes de los seis pueblos 1.213. Montejo dista 22 kilómetros de la cabeza de partido. Dotación anual 80 pesetas por la asistencia a las familias pobres y 310 fanegas de trigo y 110 de centeno en concepto de iguales. Las solicitudes hasta el 2 de Diciembre al alcalde D. Tomás Navarro.

PARTICULAR

Por renuncia del que la desempeñaba, se halla vacante la plaza de médico particular, dotada con el sueldo de 4.000 pesetas anuales, cobradas por semestres vencidos y pagadas en su propio domicilio; dicha plaza se halla dentro del Ayuntamiento de Cangas de Tineo (Oviedo). Los aspirantes pueden presentar las solicitudes antes del día 5 del próximo Diciembre, acompañadas de las hojas de estudios y méritos, dirigiéndolas al Presidente de la Sociedad, D. Gerardo Gómsz, vecino de Miravalles.

Miravalles 11 de Noviembre de 1914.—
El Presidente, Gerardo Gómez.

COMPAÑERO SUSTITUTO

Aquellos compañeros que por cualquier motivo necesiten de un sustituto, pueden dirigirse a esta Administración, donde se les facilitará los informes necesarios.



BAZAR ORTOPÉDICO
— DE —
E. JAIME

Instrumental completo para Cirugía humana y Veterinaria

MOBILIARIO PARA CLÍNICAS

= CURA DE LISTER =

Aparatos Ortopédicos de todas las clases

ARTÍCULOS DE GOMA

Coso, 42-(Junto al Arco de San Roque)-Zaragoza

Especialidades de la Moderna Farmacia Cusi-Figueras
HEMOMETINA CUSI

Inyectables a base de Clorhidrato de Emetina

La Emetina es un medicamento específico contra las hemoptisis tuberculosas y, sobre todo, contra la disentería amibiana

Al hablar de la acción de la Emetina contra las hemoptisis tuberculosas, dice el Dr. Flandin en un artículo publicado en la *Presse Medicale*:

«El resultado de la inyección es sorprendente: aunque el enfermo se encuentre en plena hemoptisis y vomite sangre roja a borbotones, queda inmediatamente cohibida.

No acompaña a esta cesación de la hemorragia ninguna sensación desagradable ni disnea, ni palpaciones, ni vértigos, ni náuseas».

El Dr. Valcells y Masó, de Barcelona, dice de la acción de la Emetina contra la disentería amibiana, exponiendo un caso clínico en el *Congreso de Metges de la Lengua Catalana*:

«...hacé tres años y medio adquirió la disentería la forma grave con 50 a 60 deposiciones sanguinolentas y dolorosísimas.

Durante tres meses estuvo gravísimo; medicado, alivió, pero quedando en tal estado, que se vió obligado a abandonar los negocios y regresar a España.

Desde entonces sufrió varias recaídas....

La hipocondría y desesperación a que le reducía el estado en que se encontraba, le hicieron intentar dos veces contra su vida.

La curación absoluta la obtuvo con seis inyecciones de 3 centigramos por c.c.; el enfermo creyó despertarse de un sueño y era indescriptible su alegría al pensar que podía volver a trabajar libre de tanta molestia y sufrimiento.

Las inyecciones no provocan la más pequeña molestia y el examen microscópico demostró que las amibas habían desaparecido de las deposiciones.»

La **HEMOMETINA CUSI** está envasada en cajas de seis inyectables conteniendo 4 centigramos cada uno de clorhidrato de Emetina.

Pomada Oftálmica Cusi al Oxido Amarillo de Mercurio a las dosis de 2,5, 5 y 10 por 100 y 2 por 100 con atropina al 1 por 100 para el tratamiento de las Blefaritis, Cueratitís y Conjuntivitis flictenulares.

Aceite Gris Cusi al 40 y 50 por 100 en peso de Mercurio metálico bidestilado para inyecciones intramusculares.

MEDICINA

ACERCA DE UN CASO DE GRAN

ABSCESO DE HÍGADO

Aunque por las condiciones en que se ha hecho la observación, propias de la asistencia domiciliaria, ésta no sea todo lo concluyente que la ciencia reclama, creemos interesante y útil dar a conocer este caso, por ser extraño a la patología de este país y aun del lugar de su procedencia.

Como los datos en que fundamos nuestra opinión son esencialmente clínicos, además de la exposición de la historia del proceso, haremos las consideraciones e intercalaremos los razonamientos que nos condujeron al diagnóstico.

J. S., natural de Zaragoza, de 29 años de edad; sargento en la guarnición de Tetuán (Marruecos). No tiene antecedentes de familia dignos de mención y como personales únicamente haber padecido, hace seis años, estando destacado en Pamplona, una dispepsia, caracterizada por manifestarse a temporadas, verano y otoño, con pérdida de apetito, molestias a las dos o tres horas de las comidas, y sin estreñimiento.

Desde aquella fecha ha estado bien hasta Agosto del año pasado, en que estando de guarnición en Tetuán empezó a padecer una diarrea vulgar; siete u ocho deposiciones líquidas, con anorexia, lengua sucia, decaimiento y sin fiebre. Continuó en este estado durante un mes y al cabo de ese tiempo tuvo que pasar al hospital por haber aumentado el número de deposiciones hasta veinte al día y haberse presentado fiebre de un grado a grado y medio. Estas numerosas deposiciones estaban formadas, casi exclusivamente, de moco sanguinolento y se acompañaban de dolores cólicos y gran tenesmo rectal. Pasado un mes en este estado, el enfermo salió del hospital, haciendo dos deposiciones diarreicas diarias, para tener que volver a los ocho días en las mismas condiciones anteriores. Esta segunda diarrea disintérica duró otro mes.

Continuó posteriormente la diarrea en número de tres a cuatro deposiciones blandas, con algo de moco, sin carácter disintérico y sufriendo de cuando en cuando exacerbaciones.

En el mes de Diciembre, cuatro meses después, tuvo un dolor de costado, lado derecho, escalofríos y fiebre, aumentó la diarrea y fué repatriado.

Alternando con temporadas de calma, en las cuales hasta salía de casa el enfermo, continuó dicho dolor acompañándose de fiebre de tipo irregular, con escalofríos y sudores y haciéndose cada vez más intenso y frecuente, según relación del paciente, hasta el mes de Abril en que fué llamado para prestarle asistencia médica.

En estas condiciones nos encontramos con un enfermo demacrado, con pulso sumamente frecuente y pequeño, con fiebre de 38 a 39° y con 40 inspiraciones por minuto. Dicha disnea se exagera al menor esfuerzo, se acompaña de escasa expectoración mucosa y le obliga a estar sentado; el decúbito lateral izquierdo la acentúa y aumenta el dolor.

A la inspección se aprecia un tórax deformado en su parte inferior por aumento de volumen del lado derecho, con una diferencia de 4 centímetros a nivel de una línea horizontal que pasa por el borde superior de las sextas costillas, en los puntos en que es cortada por las líneas mamilares. En el mismo lado y sitio ha disminuído la oblicuidad de las costillas, los espacios intercostales son más alargados y prominentes, se aprecia algo de

circulación suplementaria y los movimientos respiratorios han disminuído notablemente. El hipocondrio derecho y epigastrio están prominentes.

La palpación es dolorosa en la parte inferior del torax, lado derecho y, sobre todo, en la zona de los espacios intercostales séptimo y siguientes, comprendida entre la línea mamilar y axilar. En el vientre, lado derecho, hay gran defensa muscular que impide la palpación profunda; esta resistencia es mayor y sensible en el hipocondrio. No se percibe durante los movimientos respiratorios sensación de roce. En los demás sitios no se toca nada de particular.

La percusión no acusa nada de particular en los pulmones y corazón, y las dimensiones del bazo son normales o escasamente aumentadas.

En la parte inferior del torax derecho se encuentra una extensa zona de matitez, limitada superiormente por una línea horizontal ligeramente convexa hacia arriba en el costado que, partiendo de la quinta costilla en la línea paraesternal, cruza por el cuarto espacio intercostal en la línea mamilar, por la quinta costilla en la axilar, por la última en la escapular, para terminar junto al raquis en el octavo espacio intercostal. El límite inferior, determinado por la percusión superficial, es una línea convexa hacia abajo que, partiendo del octavo cartilago costal izquierdo, pasa a dos dedos por encima del ombligo.

Esta zona de matitez tiene una altura de 22 centímetros en la línea mamilar, siendo así que son 10 u 11 la normal hepática.

El límite superior de dicha zona no sufre variaciones con los cambios de posición del enfermo y, por el contrario, desciende claramente en las inspiraciones profundas; por encima de este límite, en el costado y parte posterior, parece existir algo de submatitez.

La auscultación no presenta nada digno de mención y únicamente en la parte inferior, lado derecho, se aprecia una gran disminución del murmullo vexicular.

La orina no ofrece más que los caracteres propios de la fiebre. Las deposiciones, en número de 2 a 3, son como de una entero-colitis ligera. Las digestiones son penosas.

Localizado por todos los datos que acabamos de citar el proceso patológico en el tórax, lado derecho, parte inferior, el primer problema que en todos estos casos hay que resolver es si el proceso es supra o infradiaphragmático; esto que en muchas ocasiones encierra grandes dificultades y, sobre todo, tratándose de lo segundo, donde es frecuente se sobreañada lo primero, en nuestro enfermo es relativamente sencillo. La forma del tórax, la dirección de las costillas inferiores y de la línea superior de macidez, no modificando su forma a los cambios de posición y descendiendo en las inspiraciones profundas, dicen que el proceso que nos ocupa es infradiaphragmático.

Entre las manifestaciones patológicas que se localizan inmediatamente por debajo del diafragma, lado derecho, hay que distinguir las del hígado y las del peritoneo que le recubre.

La línea de macidez superior bastante igual sin ninguna gran prominencia, la falta de roces peritoneales y de síntomas diafragmáticos, vómitos, hipo, etcétera, propio todo ello de los procesos peritoneales y, por el contrario, la forma de la macidez, que recuerda perfectamente la del hígado, desde luego aumentado considerablemente de volumen y sobre todo en su lóbulo derecho, inclinan nuestra opinión hacia una afección preferentemente hepática.

La existencia en nuestro enfermo de fiebre irregular y de grandes brusquedades indicaría en el peritoneo una perihepatitis supurada o absceso subfrénico.

El diagnóstico entre estas supuraciones infradiaphragmáticas y los procesos hepáticos que pueden dar lugar a esa fiebre, gran absceso del hígado, quiste hidatídico supurado y angiocolecistitis principalmente, es sumamente difícil, a veces imposible, cuando dichas supuraciones hepáticas tienden hasta el diafragma, caso que, como veremos, es el nuestro, naciendo esta dificultad de que las supuraciones hepáticas en su marcha progresiva determinan la del peritoneo.

Fuera de los abscesos subfrénicos primitivos, que son sumamente raros, producidos por traumatismos, que en nuestro caso no los ha habido, o de los tuberculosos citados por M. Lanndonge, que son excepcionales y por lo tanto

no hay que pensar en ellos, todos los demás son secundarios a otros procesos, y este dato que orienta mucho en su diagnóstico no existe en nuestro enfermo; él no tiene historia de ulceroso gástrico o duodenal, que por perforación pudiera producirlo, no hay nada de apendicitis de riñón ni de septimias.

Además estos abscesos, aunque no siempre, tienen un principio brutal de peritonitis generalizada y por comunicación con un órgano hueco, estómago, intestino, contienen gases que pueden dar lugar a síntomas característicos, tintineo metálico, soplo anfórico, y que aquí faltan.

Afianzados más por todas las anteriores consideraciones de que el proceso es principalmente hepático, algunos datos nos permiten suponer una localización más precisa. El sitio donde el dolor, sobre todo a la presión, es más intenso, que pertenece a los espacios intercostales más salientes, con algo de sensación de renitencia y donde la macidez está más aumentada hacia arriba, es como ya hemos señalado siempre, el que corresponde al lóbulo derecho del hígado; por lo tanto, allí debe ser donde principalmente se localiza el proceso.

Mirando aún más, veremos que la submacidez de la parte inferior del pulmón con la disminución del murmullo vexicular y hasta desaparición completa, muy bien pueden ser índice de una sínfisis pleuro-pulmonal; ella coincide con el aumento de la macidez absoluta hepática en el costado derecho y parte posterior, indicando la preferencia del proceso por la cara superior del hígado y hasta cierta propagación al peritoneo suprahepático, pleura y pulmón.

Hecho ya el diagnóstico de lugar, nos queda ahora por resolver la naturaleza del padecimiento, y entre las enfermedades de la glándula hepática que se acompañan de fiebre, e hígado grande, rápidamente podemos excluir muchas de ellas.

Las angiocolicitis no supuradas se presentan con ictericia, el hígado no es tan grande y su duración mucho más corta. Las cirrosis biliares, aun en su forma microesplénica descrita por Gilbert y Castaigne, producen ictericia, la hipertrofia es preferentemente sobre el lóbulo izquierdo, y no es tan frecuente, persistente e intensa la fiebre.

Las cirrosis grasosas hipertróficas de M. Hutinel y M. Satourén, tienen una duración más corta, de cinco a seis semanas, el hígado no es tan grande, predominando hacia abajo, hay grandes signos de insuficiencia hepática, terminando en la atrofia aguda, la fiebre no tiene un tipo irregular y hay, además, antecedentes de alcoholismo y tuberculosis. Ocurre lo mismo con la cirrosis hipertrófica difusa de M. Garnier, donde por no estar tan marcados los síntomas de astenia dura de dos a tres meses, pero en cambio se acompaña de ascitis.

Las hepatitis en su forma dolorosa señalada por M. Remlinger en la disentería y por Bosrolo en la tifoidea, pueden tener algún parecido con nuestro caso, lo que no tiene nada de particular por poder ser el primer período del absceso del hígado, mas ni el aumento de la glándula es tan grande ni tan localizada en un lóbulo, no hay empastamiento difuso, la duración es más corta y generalmente curan.

En las formas hepáticas del paludismo hay antecedentes, bazo grande, nefritis y gran estado anémico, aparte de los datos de laboratorio.

En el cáncer masivo, que puede evolucionar con fiebre, el aumento de volumen hepático es principalmente hacia abajo, fácilmente se puede tocar el borde inferior, no hay dolores, las heces están decoloradas, existen síntomas de insuficiencia hepática y la alteración del estado general es grande. En el cáncer nodular aun cuando hay dolor y fiebre por lesiones de perihepati-

tis, se tocan nódulos, generalmente es secundario a otros órganos que dan síntomas y hay ascitis.

En la sífilis esclero-gomosa la fiebre no tiene tanta importancia, se tocan nudosidades, hay ascitis y dolor por perihepatitis y bazo grande.

El diagnóstico con la actinomicosis hepática a veces es imposible, mas debe tenerse en cuenta que es rara, secundaria a la intestinal y forma nódulos como en la sífilis gomosa.

Con la pileflebitis supurada donde existen dolor y fiebre, la diferenciación es difícil por ser con frecuencia secundaria a los procesos que nos ocupan; sin embargo, en éstas el hígado no es tan grande ni predomina hasta arriba; hay hipertrofia esplénica, diarrea sanguinolenta y a veces síntomas de hipertensión portal.

Desechados rápidamente todos estos procesos que pudieran tener semejanza con el cuadro clínico de nuestro enfermo, nos queda por último los procesos supurados del hígado, quistes hidatídicos y abscesos hepáticos.

La fiebre de carácter supurativo, la localización y forma del dolor, el aumento de volumen del hígado, sobre todo en uno de sus lóbulos, la sensación de renitencia en el mismo sitio y demás síntomas de nuestro caso, al entrar de lleno en la sintomatología, tanto del quiste hidatídico supurado como del absceso hepático, nos indica que uno de los dos es lo que padece nuestro enfermo, y de aquí que este diagnóstico diferencial sea el que más nos interesa.

Siguiendo nuestro procedimiento de exclusión diagnóstica, hay algunas variedades de abscesos hepáticos que podemos desechar.

Los abscesos traumáticos cuyo agente etiológico falta, son además raros, porque la muerte por hemorragia es lo corriente.

Los abscesos de origen biliar, consecutivos a angiocolecistitis, se acompañan de oclusión del coledoco con ictericia, son ordinariamente múltiples, no alcanzando el tamaño y localización de nuestro caso.

Los abscesos consecutivos a infecciones generalizadas por faltar este dato, son también múltiples y se unen a abscesos de otros órganos.

Quedan, por último, el grupo de los abscesos hepáticos producidos por procesos del tubo digestivo; el hecho de que el estado actual de nuestro enfermo sea continuación inmediata de un intenso pasado intestinal, nos hace sospechar que nuestro caso tenga ese origen y que, por lo tanto, la naturaleza de ambos procesos sea la misma.

Tratando de precisar estos importantes extremos, empezaremos por decir que todas las infecciones del tubo digestivo, enteritis, colitis, rectitis, úlceras, cáncer, tifoidea, apendicitis, disentería, etc., pueden ser causa de abscesos hepáticos, aunque en cuanto a la frecuencia sea lo corriente en la última, raro en las demás y no tanto en la tifoidea y apendicitis.

Podemos, desde luego, descartar en nuestro enfermo los abscesos por úlcera gástrica o duodenal; el antiguo padecimiento gástrico parece una dispepsia vulgar, mediando mucho tiempo para que exista relación, y podemos hacer lo mismo con los producidos por cáncer, tifoidea y apendicitis, ya que no han existido dichos agentes etiológicos.

Fuera de estos procesos intestinales veamos ahora de qué naturaleza era el de nuestro caso y si cabe relación con el estado actual.

La diarrea que durante cuatro meses padeció nuestro enfermo fué, si al principio vanal, por todos los caracteres ya citados una diarrea disentérica.

Estas diarreas pueden tener infinidad de orígenes y agentes patógenos productores, puesto que ellas no constituyen más que el síndrome de un proceso más o menos ulcerado, localizado en la terminación del colon y rec-

to; desde las vulgares infecciones del intestino, la tuberculosis, sífilis, cáncer, hasta el balantidiun coli, espirilos, bilharsia, etc., todos pueden determinar disenterías, habiéndose diferenciado como específicas únicamente dos: la llamada bacilar por los bacilos de Flexner y de Shiga-Kruse, propia de nuestro clima, y la amibiana por entamoeba histolytica de Schaudiuin, de los países cálidos.

No podemos admitir como causas de la disentería que nos ocupa la tuberculosis, sífilis, cáncer, abscesos del perine, perirrectales, pólipos, colitis tóxicas como la mercurial, rectitis venéreas y hemorroides internas infectadas, por no haberse apreciado nada al tacto rectal, por falta de antecedentes y otras localizaciones en algunas de estas variedades. Para el colotifus falta la evolución y síntomas dolientéricos y para las demás disenterías producidas por las infecciones vulgares del intestino en relación con las colitis, tan bien descritas por Mathieu bajo el nombre de colitis hemorrágicas o disentéricas, falta el estreñimiento con que se acompañan, la duración breve, el tener antes y después períodos francos de colitis y el no determinar abscesos hepáticos.

Dedúcese, por lo tanto, de todo esto, que el proceso intestinal de nuestro enfermo fué una disentería idiopática, y por su larga evolución, a pesar de haber sido tratada en hospital, de carácter crónico, esto excluye la disentería bacilar de marcha aguda, con una duración de 10 a 14 días en los casos medianos, y de 20 a 30 en los graves; además, los síntomas generales tienen mayor intensidad que en nuestro caso: es de carácter epidémico y suele predominar el estreñimiento. En cuanto al hígado no determina el gran absceso.

Como disentería idiopática crónica, únicamente se ha diferenciado la producida por entamoeba histolytica de Schaudiuin, y clínicamente por su etiología, sintomatología, evolución y tratamiento, la diarrea de nuestro enfermo era de esa naturaleza.

El lugar de su procedencia entra dentro de una de las principales zonas de esta enfermedad, citadas por todos los autores extranjeros, o sea el litoral del Mediterráneo, sobre todo en las costas africanas, Egipto, Túnez, Argelia, Marruecos, y no tan frecuente en la Italia y Rusia meridional, los Balkanes, Lyon y Marsella.

En cuanto a la sintomatología también es completa: poca intensidad de los fenómenos generales, diarrea vanal al principio, citada por muchos autores, fácil reproducción y carácter crónico. Hay algunas colitis disentéricas crónicas además de la amebiana que pueden prestarse a confusiones: éstas son producidas también por protozoarios como el balantidiun coli, los espirilos y el hematozoario de Laveran, mas dan lugar a otras manifestaciones que aquí faltan; en casos mucho más raros podrán simular la disentería la bilharosis rectal y hasta el tricocéfalus, que generalmente tienen una localización mucho más alta; todas estas variedades no dan lugar a la producción del gran absceso de hígado.

El gran absceso hepático se puede decir que es el compañero inseparable de la disentería amibiana; él se presenta en el 96 por 100 de los casos y en más según Kelch y Kicner; este dato es de gran valor, porque cuando como en nuestro caso se presenta el uno en pos del otro, ellos mutuamente se diagnostican, máxime si se tiene en cuenta que todas las demás formas disentéricas únicamente dan lugar por parte de la glándula hepática al hígado infeccioso, degeneraciones o pequeños abscesos.

El modo de responder la disentería al tratamiento por la emetina es, según todos los autores que de esto se han ocupado, otro procedimiento diagnóstico, y en nuestro caso, como luego veremos, lo hizo afirmativamente.

Claro está que la prueba concluyente de la naturaleza de una enfermedad es el encontrar la causa productora, y en nuestro caso lo sería el hallazgo del entamoeba histolytica de Schauder, mas no pudimos contar con este dato.

La pesquisa del citado protozooario debe hacerse en vivo, ya que las preparaciones secas pierden mucho valor y se prestan a equivocación con la ameba coli; para esto se necesitan heces recientes, ya espontáneas, ya purgando al enfermo, o recogiendo moco por medio del rectoscopio y hacer inmediatamente la preparación, mirándola en platina caliente siempre a 37°; todo esto es difícil de hacer en la práctica domiciliaria y más de gentes pobres; por otra parte, en casos como nuestro enfermo, donde los ataques verdaderamente disentéricos han desaparecido, no suele haber amebas libres, porque enquistándose éstas en los períodos latentes, son estos quistes los que hay que buscar; ellos son menos abundantes que las amebas libres, confundiendo con facilidad cuando se encuentran con los quistes del *Lambliia intestinalis*, del *Prowazekia Weinbergi* o del *Blastocystis hominis*. En muchos de estos casos, como cuando nada se encuentra, hay que proceder a inoculaciones experimentales en el recto del gato.

Las reacciones de sero-aglutinación, para eliminación de las disenterías bacilares, también podrán ser útiles. El examen radiológico para apreciar las condiciones de la matitez hepática, y en los casos viejos las lesiones del colon y, por último, la recto-sigmoidoscopia permite recoger productos patológicos y ver las lesiones características de la disentería amibiana, distinguiéndolas de la bacilar y demás procesos.

Ante la necesidad de tener que prescindir de estos importantísimos factores, es por lo que hemos procurado dar mayor extensión y apoyarnos lo mejor posible en los datos clínicos.

Discutido, y estando todo en conformidad con el diagnóstico de disentería amibiana, pensamos en los quistes hidatídicos supurados de hígado; como ya hemos hecho constar, los síntomas actuales no se oponen a ello, y por otra parte, mientras el primer proceso es excepcional en nuestro país, el segundo es frecuente.

Sin embargo, sin desechar el que pudiera tratarse de un quiste hidatídico, pusimos en segundo lugar este diagnóstico, fundándonos en que ha existido un pasado intestinal que debe guardar relación con el estado actual, en la falta de picores generalizados y urticaria que debían producir la absorción de las toxi-albúminas del quiste, sobre todo al ser supurado.

Desde luego que otros datos pudieran haberse utilizado para hacer el diagnóstico de quiste hidatídico, tales como la reacción de fijación de Weinberg y Parbu y el sero-diagnóstico de Eleig y Lisbonne; pero sobre ser difíciles por su complejidad de hacer en la práctica, no son muy precisos y lo son menos cuando como en nuestro caso el proceso está supurado. La punción exploradora, recomendada por algunos, es difícil, expone a graves riesgos: la muerte súbita o generalización del proceso; además no procede el hacerla, porque tanto en el quiste como en el absceso, el tratamiento es el mismo, quirúrgico. La investigación de la esenofilia sobre no ser constante en el quiste, tampoco tiene aplicación en nuestro caso por tratarse de dos procesos parasitarios.

Una vez formado juicio clínico del caso que nos ocupa, propusimos como primera y urgente indicación el ser operado; para este fin, y dada su posición económica, se le proporcionó ingreso en la Facultad de Medicina de esta ciudad y el mismo día 30 de Abril, en que debía hacerlo, se agravó de un modo considerable aumentando la disnea y presentándose la vómica, por todo lo que, y ante los caracteres del pus expulsado, el enfermo se quedó en casa.

Dicho pus, expulsado en violentos abscesos de disnea y tos que se aumentaban en el decúbito, indicaban la abertura del proceso en los bronquios.

Analizado este producto, se trataba de un pus muy denso, sanguinolento, de color de chocolate (bastante característico de las supuraciones disintéricas hepáticas). Este pus daba la reacción de Gmelin y reducía el licor de Fehling, acusando la presencia de bilis la primera y de un azúcar que no podía ser otro que el glicógeno hepático la segunda. Todos estos datos aseguraban el origen hepático de la supuración.

En ninguna ocasión se encontraron membranas ni vexículas y tampoco microscópicamente excolex ni microorganismos, confirmando todo esto el diagnóstico de absceso hepático y desechando el de quiste hidatídico.

En vista de estos hechos, acordamos emplear el tratamiento propuesto por Leonard Rogers (de Calcuta) en la disentería amibiana, o sea las inyecciones de clorhidrato de emetina.

Este medicamento debe considerarse como específico de la citada disentería, de la misma manera que la quinina lo es del paludismo y el mercurio de la sífilis. Soluciones al 10.000 de emetina matan instantáneamente al ameba y más diluida, al 100.000, en algunos minutos.

En confirmación de la especificidad de la emetina, Rogers hace un paralelo entre los casos tratados por este medicamento y los por el procedimiento antiguo de mayores éxitos, la ipecacuana, que da un tercio de casos de mortalidad y un cuarto de curación.

De cincuenta y cinco casos presentados por el citado autor, treinta fueron tratados clásicamente por la ipecacuana y veinticinco por la emetina; del primer grupo trece curaron, once murieron y seis continuaron padeciendo su enfermedad, mientras que de los del segundo grupo veintiuno curaron y cuatro murieron, dos por su estado desesperado y los otros dos por enfermedad intercurrente.

Además de segura, la fuerza curativa de la emetina es de tal intensidad que en cuatro o cinco días han quedado curados casos de varios años de fecha. Como notables podemos citar el de MM. Flandin y Dumas, que padeciendo una disentería desde Mayo de 1910, se complicó con absceso hepático, que se abrió en los bronquios en 31 de Diciembre del mismo año, se operó y parecía curado en 1.º de Octubre cuando, un mes más tarde, volvió a abrirse con nueva expectoración purulenta y fiebre hasta Diciembre, en que la emetina hizo desaparecer la fiebre, la supuración, y curó el enfermo. M. Chauffard habla de un absceso disintérico de hígado, que abierto quirúrgicamente continuó supurando durante varios meses, hasta que sometido a las inyecciones de emetina quedó curado con cuatro de éstas; y, por último, M. Rougets refiere un absceso hepático de varios años de fecha que curó rápidamente por el mismo procedimiento.

Todos estos brillantes resultados son tanto más dignos de tenerse en cuenta cuanto que la disentería tropical es una enfermedad sumamente rebelde y grave que determina por agotamiento y complicaciones una mortalidad del 80 por 100 de los casos según L. Lagane. Las estrecheces intestinales, las perforaciones, los abscesos hepáticos, con sus supuraciones interminables complicados por infecciones secundarias, dan fin al paciente.

En el tratamiento por la emetina hay que hacer algunas advertencias, que explicando algunos casos funestos de recidiva o no curación, más que mermar confirman la especificidad del medicamento. Así, mientras que en el primer período de la hepatitis disintérica, antes que la supuración se haya hecho, la emetina basta para la curación cuando el absceso se formó, como es natural, lo primero que hay que hacer es dar salida al pus. Esto depende de que la acción de la emetina es sobre el ameba y no sobre los microbios que la acompañan. La pretendida esterilidad de los abscesos hepáticos debe mirarse con gran desconfianza. Roullet reconoce que la mitad no lo son y A.

Cade y L. Thevenot, aunque de cincuenta y dos casos sólo veinte contenían microbios, añaden que los cultivos sólo fueron de aerobios. Un hígado enfermo y, por lo tanto, en malas condiciones de defensa, fácilmente tiene que infectarse, sobre todo al lado de un intestino también enfermo y donde tan abundantes son los anaerobios. Los casos de recidiva se explican teniendo en cuenta que la emetina tiene su acción sobre las amebas libres, pero no sobre las enquistadas y, por lo tanto, cuando éstas se desarrollan y quedan libres recidiva la enfermedad y es necesario nuevo tratamiento.

Diez días, después de haberse abierto el absceso, a consecuencia de dificultades para encontrar el aludido medicamento, tardamos a empezar el tratamiento. Doce ampollas de c. c. de Emetinol, clorhidrato de emetina al 4 por 100, recibió el enfermo; durante los tres primeros días, y en conformidad con las indicaciones de Rogers fué dos el número de inyecciones y en los sucesivos una.

La evolución de la vómica fué la siguiente: durante los seis primeros días, el paciente expulsaba unas cinco escupideras diarias de unos 200 gramos cada una; posteriormente disminuyó hasta 3 escupideras, teniendo siempre el pus los mismos caracteres y continuando de este modo hasta el día décimo, en que empezaron a ponerse las inyecciones,

Al segundo día de tratamiento, la cantidad expulsada descendió a la mitad, fué aclarándose el color, y al cuarto día, la expectoración no llegaba a una escupidera, siendo de aspecto bronquial, sin nada de sangre y sin dar las reacciones de Gaudin y de Fehling.

De este modo continuó el enfermo durante algunos días, acabando por ceder por completo la expectoración al empleo de balsámicos e indicando su naturaleza secundaria y pulmonar.

Todos los demás síntomas experimentaron una mejoría paralela a la de la expectoración; la fiebre, que aunque más baja y sin tantas irregularidades se había sostenido desde que se abrió el absceso, acabó por desaparecer al tercer día de tratamiento; la disnea y la tos se atenuaron paulatinamente, disminuyó la resistencia del vientre y la macidez hepática, progresivamente, quedó reducida a unos 13 centímetros. De los dolores puede decirse que desde la abertura del absceso habían desaparecido.

La diarrea, que en pequeña escala había siempre existido, desapareció a las primeras inyecciones, y si a mediados de Mayo reapareció unos días, se trataba de una diarrea lientérica causada por excesos de alimentación que con la reglamentación del régimen desapareció enseguida.

A final del mes de Mayo quedó el enfermo repuesto de su enfermedad, siendo dado de alta. Poco tiempo más tarde se incorporaba a su regimiento en Tetuán, donde continúa sin que hasta hace quince días haya tenido la menor novedad.

Creemos, después de lo que acabamos de decir, que ha quedado bien de manifiesto la decisiva acción que la emetina ha tenido en la curación de nuestro enfermo.

Como todos los medicamentos que tienen una acción específica sobre determinada enfermedad, la emetina puede y se considera como un precioso medio de diagnóstico de la disentería amibiana; así lo consideran todos los autores que de esto se han ocupado y entre ellos Rogers dice que toda la disentería que no se modifica en dos o tres días por dicho medicamento no es producida por la ameba de Schandinn.

Añadiendo este importantísimo dato diagnóstico a los clínicos antes expuestos, nos permitimos opinar que nuestro enfermo padeció una disentería amibiana contraída en Marruecos.

DR. BARCELONA.



ELECTRICIDAD MÉDICA

RADIOSCOPIA DEL APARATO DIGESTIVO

Anatomía.—*Aspecto radioscópico normal del estómago.*—Expuesta la técnica general del reconocimiento gástrico, será conveniente, antes de ocuparnos del radio-diagnóstico de las gastropatías, hacer un estudio de la anatomía y fisiología, para darnos cuenta después de las observaciones que practiquemos en el enfermo.

En la exploración normal del estómago es conveniente hacer uso de pequeñas cantidades de líquido y bismuto, pues la gran cantidad de bismuto modifica notablemente la sensibilidad de la mucosa y consecutivamente las reacciones de la motilidad gástrica.

Al hacer la inspección del estómago obsérvase que está formado por tres segmentos. El primero está constituido por la zona superior sub-diafragmática, que tiene una forma ovoidea, esférica o en cúpula. La altura es distinta, según que el estómago esté lleno o vacío: disminuye conforme va llenándose; su anchura, medida por la extensión del contenido líquido, crece conforme va distendiéndose el órgano y conforme sus bordes se separan.

El segundo segmento, próximo al anterior, es vertical u oblicuo a la derecha, se le designa con el nombre de seguimiento largo, tiene dos bordes, derecho e izquierdo, los cuales se separan conforme va llenándose el estómago.

El tercero o segmento corto, tiene dirección horizontal ligeramente descendente y ascendente hacia el lado derecho. Leven y Barret le dan el nombre de segmento yusta-pilórico y representa la región más declive de la cavidad del estómago; su altura crece al mismo tiempo que aumenta el segmento vertical.

La reunión del segundo y tercer segmento constituyen la región gástrica o porción tubular.

Este aspecto que nos revela la radioscopia es bien distinto del que describen los anatómicos, pues casi todos describen un estómago más o menos horizontal o transversal.

La mayoría de los radiólogos describen en el estado normal un estómago vertical y con alguna excepción oblicuo; únicamente el segmento yusta-pilórico es transversal, horizontal o ligeramente ascendente a la derecha. Todo el estómago está contenido en el hipocondrio izquierdo y únicamente el segmento yusta-pilórico puede pasar un poco de la línea media a la derecha.

En los individuos sanos, y en ayunas, el punto más declive de la cavidad gástrica corresponde con frecuencia al punto del ombligo; en posición horizontal el punto más declive está de uno a dos centímetros por encima, pudiendo llegar a veces dos a tres centímetros más alto. Por último, puede estar por debajo del ombligo tres, cuatro y hasta seis centímetros, lo que obli-

ga en este caso a modificar la opinión clásica de que en estas condiciones habrá que pensar en anomalías de dimensión en esta posición.

En opinión de Leven y Barret no debe tomarse el ombligo como punto de referencia, pues las relaciones con éste varían con la forma del diafragma y la conformación del torax y abdomen y únicamente se considerarán las relaciones con los relieves óseos fijos, como son: las costillas, esternón, crestas iliacas y espina-iliaca anterior superior.

Respecto del orificio pilórico, la inmensa mayoría de los autores opinan que está situado en el punto más declive de la cavidad gástrica en la extremidad derecha del tercer segmento.

Fisiología de la digestión.—Así como en las investigaciones anatómicas la radioscopia presta grandes servicios, así también en lo referente a la fisiología los presta tan grandes o más.

Dos funciones interesantes tenemos que estudiar aquí: cómo se llena el estómago y cómo se vacía.

Modo de llenarse el estómago.—Haciendo ingerir a un individuo 30 a 40 c. c. o más de agua, se ve ondular siempre en la cámara de aire la superficie del líquido ingerido: para hacer bien esta observación, es necesario hacer funcionar el diafragma del aparato dándole la abertura conveniente.

El estómago se llena con una pequeña cantidad de líquido, de manera que cuando esto ocurre con algunas cucharadas de agua, indica la normalidad gástrica; pero esto se hace rápidamente, tan es así, que los observadores que vieron este modo de llenarse el estómago creyeron que habían visto mal, que había habido una causa de error en el examen, hasta el extremo de suponer que en el momento de la observación el estómago no estaba por completo vacío. En vista de este resultado y al objeto de asegurarse de la vacuidad gástrica hicieron la observación con el bismuto-licopodio que, como ya dejamos indicado, en caso de que el estómago esté vacío desciende hasta el fondo dando el aspecto de una línea negra.

Después de asegurarse por este procedimiento de que el estómago estaba vacío, hacían ingerir algunos centímetros cúbicos de líquido, y como el bismuto-licopodio no es soluble ni se mezcla con el agua, remonta a la superficie del líquido y aparece una línea oscura, cuya línea ondulará en la cámara de aire siempre que se practique la succión y seguirá la horizontal con la posición del sujeto.

Cuando se practica la observación con el agua pura, no se ve, salvo en raras excepciones, más que el límite superior del líquido, el cual forma una línea horizontal oscura bajo la cámara de aire; pero si por el contrario el individuo objeto de observación ingiere 30 a 40 cc. de la poción de bismuto gomado se hace muy aparente el estómago; si poco a poco se hace ingerir más cantidad de la poción bismutada se ve que los dos bordes de la porción tubular se separan, el diámetro de la porción vertical aumenta, lo mismo que el de la porción yusta-pilórica. Por último, no queda más que explicar el por qué cuando el estómago se llena de una manera rápida indica su estado normal. En este estado, las paredes del estómago en su porción tubular subyacente a la cámara de aire están pegadas una a otra cuando el estómago está vacío y por tanto no existe cavidad propiamente dicha en virtud de su tonicidad muscular, pero una pequeña cantidad de líquido, 20 a 40 cc., llena esta cavidad tubular lo mismo que se llenaría un tubo de diámetro pequeño. Tan es así, que la tonicidad de la fibra muscular mantiene cilíndrica a la porción tubular, si no en todo, al menos en parte, siempre y cuando la cantidad de líquido no exceda de 250 cc. Es decir, que la porción tubular en el estado normal adapta constantemente sus paredes al contenido.

Modo de evacuarse el estómago.—Según las observaciones radiológicas, en un sujeto normal empieza la evacuación muy poco después de la ingestión de líquido. Se demuestra lo expuesto: 1.º, porque la línea superior del nivel líquido baja progresivamente; 2.º, porque como consecuencia de lo anterior la zona en cúpula aumenta en altura, y 3.º, porque el líquido se ve que disminuye gradualmente. Si al comprimir la pared abdominal el líquido no refluye a la cámara de aire, podemos afirmar que la vacuidad del estómago es absoluta.

Haciendo ingerir 200 cc. de la poción bismutada gomosa, poco tiempo después se notan contracciones en el segmento yusta-pilórico y en el cuarto inferior del segmento vertical de la porción tubular.

De las investigaciones practicadas por Leven y Barret se deduce que la evacuación de 200 cc. de agua fría se hace en el adulto en diez minutos próximamente. Estudiando Leven la evacuación del agua en los niños de 15 a 16 años, ha notado que 100 a 125 cc. de agua franquean el piloro en ocho a diez minutos y 250 cc. penetran en el intestino en diecinueve minutos.

La duración del agua caliente en el estómago es menor que la del agua fría; 125 cc. de agua caliente en un niño de siete años se evacua en cuatro minutos, mientras que la misma cantidad de agua fría en el mismo niño se evacua en ocho minutos.

Por el contrario, 200 cc. de bismuto gomoso tardan en pasar al intestino unos treinta minutos.

Cuando el agua pura se ingiere con alimentos sólidos las cosas ocurren de distinto modo, pues es frecuente encontrar el agua en el estómago de individuos que ni padecen estenosis ni dilatación media hora después de la ingestión; en muchos casos es suficiente la ingestión de un trozo de pan para retardar el paso del agua al intestino.

De este modo se explican los radiólogos la abundante secreción renal, debida a ciertas aguas minerales, las cuales pierden esta acción cuando se toman en las comidas, y también se explica así la acción diurética del agua pura cuando se toma en ayunas y la favorable influencia del agua en muchos intestinos parésicos tomada en las mismas condiciones.

Cuando el agua es ingerida durante las comidas, se estaciona en el estómago junto con los alimentos sólidos y actuando sobre el jugo gástrico lo diluye y por su propio peso distiende el estómago. Por esta causa podría explicarse la dispepsia de los líquidos descrita por Chomel, pues el agua que se toma durante las comidas queda en el estómago porque hay alimentos sólidos, y como el agua en exceso diluye al jugo gástrico, por esta causa la digestión se entorpece. Por la estancia prolongada del agua en el estómago, éste se distiende exageradamente, lo cual no ocurriría si la ingestión se hiciera antes de las comidas, pues haciendo beber a estos enfermos fuera de las comidas se mejoran rápidamente.

Los obesos que no beben durante las comidas adelgazan antes, y esto es así porque siguiendo esta práctica mejora el estado dispéptico que va unido a la mayoría de los obesos; pero éstos mejoran aún más rápidamente si beben media hora antes de las comidas.

DR. E. PASTOR GUILLÉN.



PROFESIONALES

II CONGRESO DE SANIDAD CIVIL

El 21 de Noviembre próximo pasado, a las once y media de la mañana, se celebró con toda solemnidad en el paraninfo de la Universidad la sesión inaugural del II Congreso de Sanidad Civil.

La concurrencia fué numerosísima, viéndose entre ella muchas señoras. Ocupó la presidencia el Ministro de la Gobernación, que ostentaba la representación del jefe del Gobierno, y a su lado tomaron asiento los señores Cortezo, Bejarano, Albiñana, Pulido, Moliner, Martín Salazar, Almarza, Cor-tejarena y López Prieto.

El Presidente de la mesa, Dr. Cortezo, pronunció un sencillo discurso ha-ciendo historia de la honrada labor de los precursores del actual movimien-to buscando la redención del médico.

Intervinieron los Sres. Almarza, Albiñana y Moliner, y habló el Ministro de la Gobernación.

El Sr. Sánchez Guerra comenzó diciendo que acudía al acto en represen-tación del jefe del Gobierno, quien por sus muchas ocupaciones no podía asistir a inaugurar el Congreso de Sanidad. Saludó a los congresistas, y, re-cogiendo las palabras de los que le habían precedido, manifestó que el pro-yecto de *ley de Epidemias* será votado con rapidez, para lo cual procuraría allanar todas las dificultades, si las hubiere.

Ensalzó la labor del médico titular, y dijo que su principal deseo es dar al médico la independencia y dignificación necesarias. Recordó que él había firmado los decretos de protección a la infancia y de creación de las Juntas contra la tuberculosis, y dedicó calurosos elogios al Sr. La Cierva por haber implantado plausibles reformas sanitarias.

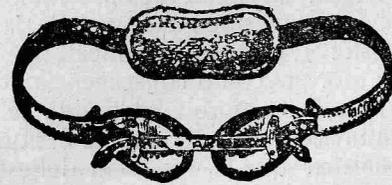
Terminó pidiendo un aplauso para el Sr. Martínez Salazar, Inspector ge-neral de Sanidad, que es su fiel colaborador en estas materias.

A las tres y media de la tarde volvió a reunirse la Asamblea.

A propuesta del Sr. Rodríguez de Dios, apoyada por el Dr. Cortezo, se nombró una comisión para que fuera a dar las gracias al Ministro de la Go-bernación por su proyecto de ley de Epidemias.

Se nombraron las siguientes ponencias:

- 1.^a «Equiparación de los médicos de las Provincias Vascongadas a los del resto de España». Ponente, Sr. López Almarza.
- 2.^a «Haber atrasados». Ponente, Sr. López Campos.
- 3.^a «Los médicos ante los Tribunales». Ponente, Sr. Albiñana.
- 4.^a «Expedientes sin resolver». Ponente, Sr. López Campos.
- 5.^a «Tribunales de honor». Ponente, Sr. Alós.
- 6.^a «Intrusión». Ponente, Sr. Escudero.



BAZAR ORTOPÉDICO

— DE —

E. JAIME

Instrumental completo para Cirugía humana y Veterinaria
MOBILIARIO PARA CLÍNICAS

— CURA DE LISTER —

Aparatos Ortopédicos de todas las clases

ARTÍCULOS DE GOMA

Coso, 42-(Junto al Arco de San Roque)-Zaragoza

Especialidades de la Moderna Farmacia Cusi-Figueras

HEMOMETINA CUSI

Inyectables a base de Clorhidrato de Emetina

La Emetina es un medicamento específico contra las hemoptisis tuberculosas
y, sobre todo, contra la disentería amibiana

Al hablar de la acción de la Emetina contra las hemoptisis tuberculosas, dice el Dr. Flandin en un artículo pu-blicado en la *Presse Medicale*:

«El resultado de la inyección es sorprendente: aunque el enfermo se encuentre en plena hemoptisis y vomite san-gre roja a borbotones, queda inmediatamente cohibida.

No acompaña a esta cesación de la hemorragia ninguna sensación desagradable ni dispnea, ni palpitaciones, ni vértigos, ni náuseas».

El Dr. Valcells y Masó, de Barcelona, dice de la acción de la Emetina contra la disentería amibiana, exponiendo un caso clínico en el *Congreso de Metges de la Lengua Catalana*:

«...hace tres años y medio adquirió la disentería la forma grave con 50 a 60 deposiciones sanguinolentas y dolo-rosísimas.

Durante tres meses estuvo gravísimo; medicado, alivió, pero quedando en tal estado, que se vió obligado a aban-donar los negocios y regresar a España.

Desde entonces sufrió varias recaídas...
La hipocondría y desesperación a que le reducía el estado en que se encontraba, le hicieron atentar dos veces contra su vida.

La curación absoluta la obtuvo con seis inyecciones de 3 centigramos por c.c.; el enfermo creyó despertarse de un sueño y era indescriptible su alegría al pensar que podía volver a trabajar libre de tanta molestia y sufrimiento.

Las inyecciones no provocan la más pequeña molestia y el examen microscópico demostró que las amibas habían desaparecido de las deposiciones.»

La **HEMOMETINA CUSI** está envasada en cajas de seis inyectables conteniendo 4 centigramos cada uno de clorhidrato de Emetina.

Pomada Oftálmica Cusi al Oxido Amarillo de Mercurio a las dosis de 2,5, 5 y 10 por 100 y 2 por 100 con atropina al 1 por 100 para el tratamiento de las Blefaritis, Cueratititis y Conjuntivitis flictenulares.

Aceite Gris Cusi al 40 y 50 por 100 en peso de Mercurio metálico bidestilado para inyecciones intramusculares.

7.^a «Creación de la Unión Médico-Nacional». Ponente, Sr. Moliner.

8.^a «Privación injusta de haberes por competencia profesional». Ponente, Sr. Sáiz.

Al día siguiente celebróse la segunda sesión del Congreso, bajo la presidencia del Dr. Pulido.

Aprobáronse, por aclamación, algunas ponencias, y se acordó demorar hasta el lunes la sesión de clausura, cuya presidencia ha aceptado el Sr. Conde de Romanones.

Por la tarde se celebró la tercera sesión.

Aprobóse la ponencia de resolución de expedientes a los médicos titulares.

El Sr. Torres defendió dos mociones, una de ellas, para el caso de que no pudiera aprobarse la ley de Epidemias, pedir al Ministro de la Gobernación que dicte un Real decreto dándole vigor; pero a esto se opuso, por no haber forma legal de llevarlo a la práctica, el Dr. Pulido.

En vista de las razones que expuso en su discurso, se acordó suplicar al señor Sánchez Guerra para que trabaje por la rápida aprobación del proyecto.

Leyóse una moción que defendió el Sr. Albiñana y fué aprobada, para que se guarde a los médicos que tienen que informar ante los tribunales las mismas consideraciones que a los abogados.

Tratóse también de la forma en que deben calificarse las patentes médicas, y se acordó que se cumplan las disposiciones vigentes.

Se discutieron dos mociones sobre intrusismo y creación de cursos breves en las Universidades para que los médicos titulares puedan ampliar sus estudios, y, por último, se acordó que la sesión de clausura se celebre en el Paraninfo de la Universidad.

La cuarta sesión del Congreso se celebró bajo la presidencia del señor Pulido.

Aprobóse por unanimidad la ponencia de los Tribunales de honor, y por aclamación la constitución de la Unión Médica y el nombramiento de la Junta.

Nombróse benemérito del Cuerpo de médicos titulares al Dr. Moliner, quien dió las gracias por tal honor en elocuente discurso, y se concedió un voto de gracias al Ministro de Instrucción pública por haber creado las Inspecciones escolares y los cursos de Fisiología e Higiene en las Escuelas Normales.

Por último habló el Dr. Pulido para felicitarse del éxito del Congreso y aconsejar constancia a los médicos titulares para llegar al logro de sus aspiraciones.

Poco después de la una de la tarde del domingo comenzó en el amplio salón del Ideal Retiro el banquete organizado como homenaje de gratitud a los diputados Sres. Moliner, Lerroux, Salvatella, Vázquez de Mella, Alba (don Santiago), Alvarez (D. Melquiades) y Senante, que firmaron la proposición de ley estableciendo el pago de haberes de los titulares por el Estado y la creación del Cuerpo de Sanidad Civil, mejoras transcendentales en cuya próxima realización confía la respetable y meritísima clase que ha de resultar con ellas beneficiada.

En la mesa presidencial tomaron asiento los Sres. Cortezo, Alba, Salvatella, Moliner, Martín Salazar, Pulido y otros.

En las restantes mesas ocupaban puesto más de 300 comensales.

El Dr. Albiñana, después de leer las cartas de adhesión de los Sres. Mella, Alvarez, Lerroux y Bejarano, se congratuló del éxito del Congreso, y en igual sentido hablaron los Dres. Moliner, Almarza y Cortezo.

Puso fin a los brindis con uno muy elocuente el Sr. Alba, quien ofreció ayudar a los médicos titulares en cuantas gestiones realicen para conseguir lo que tan legítimamente pretenden.

Todos los oradores fueron aplaudidos con entusiasmo.

En el Ministerio de la Gobernación se celebró por la noche la recepción ofrecida por el Sr. Sánchez Guerra en honor de los congresistas de Sanidad Civil.

El vestíbulo, la escalera y los amplios salones del Ministerio estaban artística y espléndidamente adornados con plantas, flores y tapices.

Asistieron a la fiesta los Dres. Pulido, Cortezo, Moliner, Martín Salazar, Albiñana y la casi totalidad de los médicos titulares que toman parte en dicho Congreso.

El Gobierno estaba representado por el Presidente del Consejo y el Ministro de la Gobernación.

Los comensales fueron obsequiados con un exquisito *lunch* y con tabacos.

Hicieron los honores de la casa, atendiendo amablemente a los invitados, el Sr. Sánchez Guerra; el Subsecretario, Sr. Sáenz de Quejana; el Director general de Administración local, Sr. Piniés; el Secretario del Ministro, señor Gálvez Cañero, y el Oficial mayor, Sr. León y Albareda.

A las doce terminó la fiesta, de la que los congresistas quedaron muy complacidos.

El lunes, a las tres y media de la tarde y bajo la presidencia del Sr. Conde de Romanones, se celebró la sesión de clausura del Congreso.

El Secretario dió lectura a las conclusiones del Congreso que fueron aprobadas por unanimidad.

Seguidamente hizo uso de la palabra el Dr. Cortezo.

Comienza diciendo que va a ser muy breve, atendiendo a la natural expectación de los asambleístas por oír al Sr. Conde de Romanones.

Dice que éste es el más importantante de los Congresos celebrados por la clase médica, y que su presidencia constituirá para él un timbre de honor que legará a sus hijos.

Habéis tenido ocasión de comprobar—añade—que los Gobiernos, sean cuales fueren, no desatienden los anhelos legítimos ni desoyen las peticiones justas.

Habéis observado personalmente cuán diferente es la realidad de los pesimismos que la distancia crea y aviva.

Habéis tenido ocasión de ver cómo la unión ante el ideal atrae el respeto y la simpatía y el apoyo de todos los hombres.

Si alguna vez os halláis en oposición a vuestros deseos, el pesimismo en determinados hombres políticos no lo atribuyáis a otra cosa que al mejor conocimiento de las circunstancias por el que el país atraviesa.

Y nada más. Vamos a separarnos después de tres días de fraternal unión. Cuando allá en vuestros hogares sintáis el desaliento de un ideal que tarda en realizarse, cuando os creáis abandonados y sintáis nostalgia de dirección y de ayuda, no desmayéis: aquí hay, en Madrid, corazones que vibran con los vuestros, corazones que, aunque empeñados en luchas, si no desconocidas como las vuestras, tan amargas como las vuestras, siempre latirán con el vuestro por el mismo ideal.

Habéis escuchado la voz del Gobierno y la de varios representantes de las minorías parlamentarias. Váis ahora a oír al Conde de Romanones. Seguramente os dirá que ha improvisado su discurso. No le creáis. Yo, que le trato con intimidad, sé que lo que os va a decir es fruto de una profunda convicción y de un detenido estudio.

Y después de esto sólo me resta deciros una cosa: ¡hasta siempre! (*Grandes aplausos*).

El Dr. Albiñana agradece a continuación al Conde de Romanones el honor que ha concedido a la Asamblea aceptando la presidencia de su sesión de clausura.

Aconseja a los congresistas que atemperen sus anhelos a las exigencias de la realidad, dejándose de optimismos quiméricos.

Pregunta al Conde de Romanones si el partido liberal prestará su concurso a la aprobación del proyecto de ley de Sanidad Civil, creyendo innecesaria la pregunta tratándose del Conde de Romanones, el ilustre exministro de Instrucción Pública que arrancó de las garras del caciquismo político al magisterio público que se moría de hambre. (*Ovación y vivas al Conde de Romanones*).

Pide el Dr. Albiñana que se apruebe, por lo menos en las Cortes, el pago a los médicos titulares por el Estado, porque en la actualidad hay varios hogares de médicos españoles donde se padece hambre, y esto es un escarnio a la civilización.

Termina diciendo que si los maestros han elevado una estatua en honor del Conde de Romanones, también los médicos tendrán bronces y mármoles para el que los lleve a la victoria. (*Grandes aplausos*).

Después de unas breves palabras del Dr. Almarza se levanta a hablar el ilustre jefe del partido liberal.

Durante varios minutos los asambleistas, puestos en pie, vitorean y aplauden al Conde de Romanones.

Sean mis primeras palabras—comienza diciendo el Sr. Conde de Romanones—para agradeceros el haberme nombrado Presidente de vuestra sesión de clausura.

Quiero recordar que mi amistad con los médicos titulares, amistad con la que me honro, data de hace muchos años.

Una vez me llamasteis para presidir la Junta que había de liquidar vuestro Montepío, y otra, para presidir vuestro Patronato.

Al dirigiros hoy la palabra me sería fácil conseguir vuestro aplauso, dada la recíproca simpatía que nos une. Pero yo debo pensar en lo que he de deciros, más que por el día de hoy, por el de mañana, en que vosotros podréis pedirme cuenta de las promesas de esta tarde.

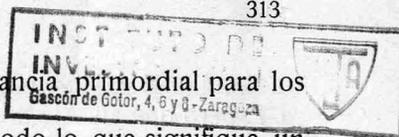
A vosotros, que sois mis amigos, os debo el primer tributo que la amistad merece: la verdad.

Ahora bien, y vaya esto por delante para no asustaros: no temáis verdades que hielen vuestro optimismo.

Tenéis razón para ser optimistas. En los años que van transcurridos de este siglo habéis adelantado muchísimo en el camino de vuestras reivindicaciones, adelanto conseguido principalmente por vuestro esfuerzo y por vuestra solidaridad. En 1899 conseguisteis la Instrucción general de Sanidad, paso tan importante, si no más, que el que pueda representar para vosotros la aprobación del proyecto de Sanidad Civil. Ella era de capital importancia para vosotros, porque os manumitía del capricho de los Ayuntamientos y os daba de hecho la inamovilidad.

Al presente habéis conseguido más: habéis conseguido imponeros ante la opinión pública, mereciendo su consideración y su respeto.

Hace años la Higiene no se consideraba, igual que al presente, como una de las principales funciones del Estado. Hace años apenas si existía la Sanidad exterior cuando una epidemia nos amenazaba.



Hoy la Sanidad y la Higiene tienen una importancia primordial para los Gobiernos.

Hoy, yo que soy enemigo irreconciliable de todo lo que signifique un aumento innecesario en los presupuestos, considero poco todo cuanto se consagra al fomento de la Sanidad y de la Higiene. (*Gran ovación*).

No hay gastos más reproductivos que los que a esto se dedican, porque en la actualidad el progreso y la cultura de los pueblos se mide por sus conquistas sobre la muerte, no alejándola en definitiva, porque esto es imposible, sino alargando la vida del hombre para que el hombre cumpla su misión en la tierra. (*Ovación delirante*).

Cada peseta que se gaste en Higiene produce un interés tan grande como lo que se gasta en defender el territorio. (*Ovación*). De todas las riquezas nacionales, la mayor es la vida del hombre. Todos los capitales son pocos para conservarla. Se ha dicho que en la guerra del año 70 había vencido el maestro de escuela. Hoy podemos decir que si Alemania hace frente a los aliados es por el médico. (*Ovación delirante*).

El médico alemán ha conseguido la mayor victoria rebajando las tablas de mortalidad de su país.

No basta que una nación sea política: es necesario que defienda la vida del hombre.

España gasta 285 millones de pesetas en su presupuesto de Guerra y Marina y dos millones para su presupuesto. Al presupuesto de Guerra y Marina contribuye cada español con más de 13 pesetas. Para el segundo cada español no da más que 10 céntimos. (*Ovación*).

Respecto a vuestros propósitos, no hay que decir que no habrá que vencer dificultades a pesar de que las firmas de los diputados que presentaron la proposición de ley eran firme garantía de que ello sería realidad.

Habrà que afrontar dificultades: porque así debemos pensar que los caminos cuando son largos hay que recorrerlos por etapas. Lo principal de vuestros anhelos no admite dilación. Hay que llevarlo a la práctica. (*Muchos aplausos*).

Cuando yo me preocupé del porvenir de los maestros no faltó quien me dijo que en cuanto subieran al Poder otros políticos echarían por tierra mis reformas. No ha sido así. Todos los políticos que me sucedieron en el Ministerio de Instrucción Pública no sólo no han derogado mi reforma, sino que la han consolidado y la han ratificado, aumentando los sueldos paulatinamente.

Y hasta ahora mismo el Ministro de Instrucción Pública presenta un aumento de varios millones en el presupuesto de su departamento para ascender a los maestros.

Lo mismo sucederá con vosotros.

Lo principal, pues, por ahora es que tengáis el carácter de funcionarios.

Pretender lograrlo ahora todo no os conviene; *no nos* conviene, mejor dicho, porque yo soy vuestro amigo. No nos conviene tener enemigos, porque no debemos dar sospechas a los Ayuntamientos de que vamos a atacar su autonomía.

El Dr. Albiñana me ha preguntado la opinión del partido liberal sobre este asunto. ¿Qué piensa el partido liberal sobre este asunto? Pues no piensa más que una cosa: que la proposición del Dr. Moliner sobre esta materia lleva la firma de un ilustre amigo mío. Con ella basta. El partido liberal ya ha votado. (*Grandes aplausos*).

Creo, para tranquilizaros, que apenas habrá lugar a la espera, porque sabemos que no estáis para esperar.

Continuad unidos, porque la solidaridad es la fuerza.

Espero que en esta misma reunión de Cortes, que es posible que no sea muy larga, el proyecto de ley de epidemias, o por lo menos su art. 15, quede aprobado.

El Gobierno ha hecho bastante con hacer suyo este proyecto. Nosotros ahora tomaremos la vez para procurar que no dilate su aprobación. (*Ovación indescriptible, que dura largo rato. Los asambleístas prorrumpen en vivas entusiastas al Conde de Romanones*).

Los congresistas acompañaron hasta el automóvil al ilustre jefe del partido liberal, despidiéndole con grandes aclamaciones.

(De *El Siglo Médico*).

UNIÓN MÉDICA NACIONAL

Neutrales descartados.

Reconocía el Dr. Moliner en su discurso de la sesión preparatoria del Congreso que la clase estaba dividida y fraccionada; reconocía también la existencia de un grupo, quizá el más numeroso, que ni estaba en contra ni comulgaba en ninguna de ellas, grupo que él bautizó con el nombre de neutrales.

Dijo también que la presentación del proyecto de ley fué el acicate para que esa masa de neutros se uniesen entre sí y llamasen a las cabezas de las diversas fracciones beligerantes haciendo ver la conveniencia de que olvidasen diferencias, y unidos todos, constituyesen una organización fuerte y poderosa que, a la par que moralizase a la clase, hiciese que la actuación de ella en la vida social en defensa de sus derechos no fuese nula y estéril como hasta hoy.

También manifestó—lo que agradecemos—que las gestiones de estos neutros fueron importantes, activas y desinteresadas en la preparación del Congreso.

Reconocían la inmensa mayoría de los titulares asistentes al Congreso que gracias al altruismo y bondad del Dr. Moliner y a la labor de la Comisión nombrada en Zaragoza, limando asperezas y haciendo una y mil proposiciones en las que las fracciones beligerantes quedasen al igual, pudo celebrarse el Congreso con una capa aparente y externa de unión.

Para que esta capa externa de unión no se rompiese, accedimos a callar no protestando el nombramiento de la Junta central, de ese organismo que en Zaragoza se había galonado con el lema de *paz, unión e igualdad* y dirigido por los humildes de la clase, de los que, sin aspiraciones nunca, se lamentaban de las luchas existentes, elegidos ellos en la esperanza de que su labor desinteresada fuese más afortunada para atraer todos a una agrupación que hiciese desaparecer la oligarquía existente y sostuviese nuestros derechos con tesón y energía.

Al indicarnos el Dr. Moliner su cambio de pensamiento sobre la Junta central, juzgamos nuestra labor perdida, y si accedimos a sus deseos de callar y no protestar, fué debido a la intensa gratitud que sentimos hacia él

La Ley de Epidemias.

Los que tenían la esperanza de que el proyecto de ley sobre Epidemias pasaría pronto del Congreso al Senado, sin variaciones en su texto y sin ninguna discusión, podrán irse convenciendo de que antes de verse aprobado transcurrirán algunas semanas y habrá necesidad de vencer esas resistencias que los intereses creados, las aspiraciones más o menos razonables y los resquemores de una vanidad molestanda, han venido oponiendo a que prosperasen en las Cámaras legislativas españolas cuantos proyectos referentes a la sanidad humana fueron presentados desde hace más de medio siglo y que no podían faltar en ésta.

Nosotros no hemos sido sorprendidos con la labor que la Comisión dictaminadora ha realizado, a fin de concertar voluntades, satisfacer reclamaciones y persuadir descontentos. Algunas reformas se han hecho ya en el texto, pero aparte de algunas adiciones de escasa monta, en las cuales se ha procurado complacer las demandas de los interesados en la ley de Epizootias, recientemente votada, y las de los subdelegados, lo que principalmente se gestionó fué lo referente a las relaciones de la Sanidad Central con la de las provincias forales, muy especialmente en lo que toca al famoso decreto con el cual el Sr. Moret, ministro que probó siempre ser más sanitario en sus discursos que en sus disposiciones, mutiló la Instrucción de Sanidad, por lo que se refiere al nombramiento y dependencia de los facultativos titulares.

Los resultados principales de esta inteligencia se hallan de manifiesto en dos artículos adicionados, cuyo texto dice así:

«Art. 1.º En las provincias Vascongadas y Navarra continuará el estado de derecho reconocido en las Reales órdenes de 29 de Junio de 1906 y 30 de Mayo de 1908, respecto al nombramiento, dotación y separación de los médicos titulares; pero quedando estos funcionarios en su carácter de inspectores municipales de Sanidad, sometidos directamente a las disposiciones del Gobierno con arreglo a lo dispuesto en la presente Ley.

»Art. 2.º La Inspección de Sanidad del

campo tendrá, en sus relaciones con esta Ley y dentro de las disposiciones vigentes, el desarrollo que se determinará en el Reglamento a que se refiere el artículo siguiente.»

En el texto de otros artículos quedan variaciones menos importantes, con las cuales la Comisión ha procurado transigir por lo que respecta a distintas clases de intereses.

Firmado el dictamen por seis diputados y conforme con él en su espíritu el que falta por firmar, señor Marqués del Vadillo, hace ya días que está sobre la mesa en espera de que sea puesto a discusión, para la cual se anunciaba intervención amplia de los diputados médicos que ya se han significado con la petición de numerosos documentos para discutir la Ley.

Las peticiones de documentos numerosos que han hecho ya dichos diputados médicos al ministro de la Gobernación, para ponerse — dicen — en condiciones de buena preparación doctrinal y de poder discutir la ley, son extremadas y pertenecen a ese viejo, gastado y maltrecho recurso con el cual los descontentos gustan salir al encuentro de toda diligencia y manifiestan sus reales propósitos de dificultar la aprobación de una ley, por más que las tales peticiones vayan acompañadas de las correspondientes protestas sobre que no se trata de hacer obstrucción alguna. Con decir que sería obra de meses reunir parte de los antecedentes que se han pedido, ya que todos ellos sería imposible; que su estudio, una vez obtenidos, exigiría largo tiempo y que el conocimiento de muchos de aquellos datos no servirían de nada para ilustrar, en el estado actual de la rama sanitaria, los extremos todos que comprende el proyecto de ley sobre epidemias que está sometido a la aprobación del Parlamento, se comprenderán los buenos oficios que los postulantes acreditan de querer servir pronto y bien al interés que muestran el Gobierno y la clase médica porque no termine el actual período parlamentario sin que sea aprobado el proyecto. Y cuenta que es notorio el deseo general de que las sesiones no pasen del 31 de Diciembre.

Afortunadamente, en esta ocasión es de

creer que la seriedad y los prestigios de los compañeros, así como su reconocido amor a la Sanidad, harán que, satisfechos en lo que haya podido determinarles a tomar esa actitud, se conviertan muy luego en entusiastas defensores del proyecto y pongan de su parte todo lo posible porque se apruebe pronto, sin que esto sea óbice a que aporten breves y solícitos las luces de su saber para su mejoramiento.

Tal es, por el momento, la situación en que se halla el asunto. ¿Se despejarán pronto y bien las nubecillas que se ciernen sobre una materia que tanto importa a la Nación toda y a los médicos? Lo que nos consta, y gustosos lo consignamos, es que el Gobierno y el partido liberal, según expresión reiterada y ferviente del señor Conde de Romanones, desean que el proyecto sea aprobado cuanto antes y que procurarán hacer de su parte todo lo posible por conseguirlo.

Y esta es, por el momento, nuestra más firme y justificada esperanza para llegar a puerto de salvación.

D. C.

(*El Siglo Médico*).

ANISOSA (Bicarbonato de sosa anisado). Caja de 150 gramos 0,50 pesetas. En todas las buenas farmacias. Depósito general: doctor Benedicto, San Bernardo, 41, Madrid.

NOTICIAS

Nuestro querido amigo y colaborador Dr. D. Tomás Rallo Colandrea, cultísimo médico militar, ha sido trasladado a los hospitales de Ceuta. Recientemente ha marchado a dicha posesión del Africa, desde donde nos ha prometido continuar con su importante colaboración.

Deseámosle un feliz viaje.

*

Nuevo alcalde.—Por dimisión del doctor Palomar, reputado oculista, ha sido nombrado alcalde de Zaragoza el Dr. Octavio García Burriel, experto cirujano. Dadas las condiciones de carácter y la gran actividad del nuevo alcalde, es de esperar que su paso por la Alcaldía constituya una buena época para la Inmortal Ciudad. Cordialmente felicitamos al doctor García Burriel por su nombramiento.

*

SOLUCIÓN BENEDICTO de glicerosfato de cal con CREOSOTAL. 2,50 pesetas frasco.

La casa Puy, preparadora de productos de Opoterapia, ha regalado algunos ejemplares de una interesante obrita del doctor Starp que trata de los momentos actuales de esa importante rama de la terapéutica moderna. Tras algunos conceptos generales referentes a la obtención de esos medicamentos, selección de animales, métodos de preparación y manera de conservar, da a conocer brevemente las opoterapias esplénica, gástrica, ganglionar, hemática, hipofisaria, intestinal, mamaria, nerviosa, ovárica, óseo-medular, pancreática, placentaria, pulmonar, prostática, renal, suprarenal, tegumentaria, testicular, tímica y tiróidica. Es una obrita curiosa y que merece ser leída.

COPIAS A MÁQUINA.—Se reciben encargos en la Administración de HOJAS MÉDICAS.

Precios muy económicos.

PUBLICACIONES RECIBIDAS

Hongos parásitos, por el Dr. E. Bodin, profesor de Bacteriología en la Universidad de Rennes. Traducción de D. Juan Francisco Mega, exoficial médico del Cuerpo de Sanidad de la Armada. Un volumen en 8.º de 198 páginas, con veintidós grabados. Saturnino Calleja, editor. Calle de Valencia, núm. 28, Madrid.

La insuficiencia hepática, por el Dr. A. Gouget, médico de los hospitales de París. Traducción de D. Ramón Díaz Barea, del Cuerpo de Sanidad de la Armada. Un volumen en 8.º de 113 páginas. S. Calleja, editor, Madrid.

Las condiciones de la infección microbiana y la inmunidad, por el Dr. Bodin, profesor de Bacteriología de la Universidad de Rennes. Traducción de D. Luis Romero Ruiz. Un volumen en 8.º de 191 páginas. S. Calleja, editor, Madrid.

(Los tres Manuales pertenecen a la Biblioteca de Ciencias Médicas, editada por la casa S. Calleja, de Madrid, y están elegantemente encuadernados).

CONSULTAS MÉDICAS FRANCESAS, número 67, *Diagnóstico y tratamiento de los derrames pleuríticos en los cardiacos*, por el Dr. H. Paillard, antiguo interno laureado

de los Hospitales. A. Poinat, editor, París, 0'50 francos.

Opoterapia, por el Dr. E tarp. Obsequio de los Productos Puy. 1914. Un volumen en 8.º, encuadernado en tela, de más de 250 páginas.

Bacteriología del canal genital en la mujer sana y consecuencias prácticas que de su estudio se deducen, tesis del doctorado del Dr. Horno Alcorta.

BIBLIOGRAFÍA

De la importante y conocida casa editorial Saturnino Calleja, de Madrid, hemos recibido tres obras pertenecientes a la colección de «Ciencias Médicas». Dos de ellas son del célebre profesor de Bacteriología de la Universidad de Rennes, Dr. Boolin: se titula la una *Los hongos parásitos del hombre* y está traducida al español por D. Juan Francisco Mega, exmédico del Cuerpo de Sanidad de la Armada; se titula la otra *Las condiciones de la infección microbiana y la inmunidad* y está traducida por D. Luis Romero Ruiz, exinterno de San Carlos y del Hospital provincial de Madrid. La tercera obra, titulada *La insuficiencia hepática*, es original del competente médico de los Hospitales de París, Dr. Gouget, traducida por D. Ramón Díaz Barea, del Cuerpo de Sanidad de la Armada.

En *Los hongos parásitos del hombre* trata el autor de todas aquellas enfermedades originadas por esos seres inferiores de la escala zoológica, estudiando primero la clasificación de los hongos, su pleomorfismo, su nutrición, su vida parasitaria, los procedimientos para estudiarlos, etc., etcétera. Más adelante, divide los hongos en dos grandes grupos: el que comprende los hongos productores de enfermedades cutáneas y el que abarca todos aquellos hongos susceptibles de causar micosis internas. Los parásitos del favus, los de las trichophytias, los de las tiñas exóticas, los de la pitiriasis versicolor, los del erythrasma y los suicrosporum, entre los primeros; los Streptothrix, los Aspergillus, las Mucoríneas, las levaduras, y el hongo del muguet, entre los segundos: todo es tratado de un modo magistral, dentro de su forma compendiada, haciendo sucinta historia del hongo a tratar, reseñando sus caracteres morfológicos y sus cultivos, estudiando su vida, procurando arrancar sus secretos.

En *Las condiciones de la infección microbiana y la inmunidad*, habla su autor

en primer término de generalidades microbianas, virulencia de las bacterias, procedencia de las mismas, influencia del medio ambiente, defensas naturales del organismo, etc., etc. En capítulos sucesivos trata de inmunidad natural y adquirida, de la inmunidad contra los microbios y contra las toxinas, etc., etc. Finalizando el tratado con la teoría de Ehrlich, minuciosamente descrita, es un bello compendio de todos esos estudios alrededor de la que gira la Medicina moderna.

En *La insuficiencia hepática* estúdiase con gran detenimiento esta importantísima afección. Empieza por hablar de las causas mecánicas, tóxicas, parasitarias, discrásicas y nerviosas; trata luego de la influencia de la edad, del sexo y de la herencia; a continuación detalla la anatomía patológica; más tarde reseña minuciosamente la variada sintomatología de la enfermedad, estudiando síntomas urinarios, trastornos venales de origen hepático, trastornos digestivos, cutáneos, vasculares, nerviosos, de la nutrición y de la termogenesis; después habla de la importancia que, en la patogenia de ciertos estados morbosos (parálisis agitante, bocio exoftálmico, tabes, atrofia muscular progresiva, locuras, eclampsia puerperal, clorosis, diabetes, gota, etc.), tiene la insuficiencia hepática; finalmente, estudia las tres formas clínicas de la enfermedad, terminando con la evolución, el pronóstico, el diagnóstico diferencial y el tratamiento.

Por la forma en que están escritas las obritas mencionadas, por su claridad de exposición, por sus detalles compendiados, por su economía, en fin, son altamente recomendables.

**

Breves horas antes de entrar en caja el presente número de HOJAS MÉDICAS, nos vemos agradablemente sorprendidos con un nuevo envío de la casa Calleja. Son cuatro volúmenes en 8.º, como los tres anteriores reseñados, de los que nos ocuparemos en el número próximo de la Revista.

COMPAÑERO SUSTITUTO

Aquellos compañeros que por cualquier motivo necesiten de un sustituto, pueden dirigirse a esta Administración, donde se les facilitará los informes necesarios.

A nuestros lectores

Por convenio con distintas casas editoriales, podemos proporcionar a nuestros compañeros en ventajosas condiciones cuantas obras de Medicina deseen, haciendo los pedidos directamente a esta Administración.