

EL SIGLO MÉDICO

SUMARIO

BOLETIN DE LA SEMANA: Apertura de curso.—Circulares dignas de aplauso.—En honor de una religiosa.—El cólera en Viena.—**SECCION DE MADRID:** Sarcoma melánico de la coroides.—**PERIODICOS MEDICOS: EN IDIOMA ENTRANJERO:** I. La ciática de origen sacro-vertebral.—II Tratamiento de la obesidad con los metales en estado coloide.—III. Los elementos de pronóstico en la tuberculosis pulmonar.—IV. Contribución al estudio clínico del cólera.—V. Anafilaxia y antianafilaxia en la tuberculosis.—VI. Vacinoterapia en las infecciones crónicas, no gonorreicas, de las vías urinarias.—VII Etiología del enuroidismo tardío.—VIII. La reacción de Pirquet y el tratamiento por las tuberculinas.—IX. Sífilis cerebrospinal con especial relación al tratamiento.—**SECCION OFICIAL:—GACETA DE LA SALUD PUBLICA:** Estado sanitario de Madrid.—**CRONICAS:—VACANTES:—ANUNCIOS.**

Boletín de la semana.

Apertura de curso.—Circulares dignas de aplauso.—
En honor de una religiosa.—El cólera en Viena.

En el paraninfo de la Universidad Central se ha celebrado, con la acostumbrada solemnidad, la apertura del curso universitario de 1914-1915.

Ocupó la presidencia el ministro de Instrucción Pública, Sr. Bergamín, quien tenía á su derecha al vicerrector de la Central Sr. Montejo, por enfermedad del rector, Sr. Conde y Luque; al Sr. Ureña, decano de la Facultad de Derecho, y al de la de Ciencias, Sr. Antón. A su izquierda tomaron asiento los decanos de las Facultades de Medicina y Filosofía y Letras, Sres. Criado y Tormo.

Declarada abierta la sesión, el ilustre catedrático de Filosofía y Letras, doctor Bonilla San Martín, leyó el discurso de apertura, sobre *La vida corporativa de los estudiantes españoles en sus relaciones con la historia de las Universidades*; muy elocuente disertación histórica, expuesta con tanta amenidad y tal copia de datos y antecedentes, que la numerosa y selecta concurrencia aplaudió y felicitó calurosamente al docto catedrático.

Terminado el brillante discurso, se verificó el reparto de premios á los alumnos del doctorado y de la licenciatura de las diversas Facultades que lo obtuvieron extraordinario en el curso pasado.

Cerró el acto el ministro de Instrucción, Sr. Bergamín, con un discurso, en el que se mostró partidario de la autonomía universitaria en todos sus aspectos.

—Hay que crear—dijo,—y á este fin presentaré á S. M. la oportuna disposición ministerial, la Universidad autónoma, dándole primero personalidad

jurídica y científica, y luego personalidad económica.

Acto seguido, y en medio de grandes aplausos, el Ministro declaró abierto el curso universitario de 1914-1915.

Los premios de Licenciatura.—Facultad de Ciencias: D. Enrique Latorre García, de la sección de Químicas; D. Mario García y Banús, de Naturales; doña Catalina de Sena Vives y Pieras, de Naturales.

Facultad de Medicina: D. Teodosio Leal y Crespo, D. Teófilo Rebollar y Rodríguez, D. Juan Bravo y Frías y D. Luis Fernández y Jiménez.

Facultad de Farmacia: D. Heliodoro Fernández Bajo.

Del Doctorado.—Facultad de Ciencias: D. Julio Palacios Martínez, de Físicas; D. Antonio García Banús, de Químicas; D. Manuel Bórnas y Celmas, de Naturales.

Facultad de Medicina: D. Estanislao del Campo López, D. Misael Bañuelos y García, D. Fidel Fernández y Martínez, D. Pedro Vallcorba y Ruiz.

Facultad de Farmacia: D. Luis Ruigómez y Velasco.

Premios especiales.—Premio Fourquet: D. Manuel Tejera y Modiner, de la de Facultad de Medicina.

Premio del Dr. Martínez Molina: D. José Vivancos García.

Entre los alumnos que han terminado su licenciatura en el curso pasado, y que han sido agraciados con premio extraordinario, se ha distinguido el joven licenciado en Medicina D. Teodosio Leal, el cual ha obtenido matrícula de honor en todas las asignaturas, sin excepción del bachillerato y de la Facultad de Medicina.

El Sr. Leal fué felicitadísimo por sus profesores.

Son muy de aplaudir las siguientes Circulares de los gobernadores de Madrid y Murcia en orden á la provisión de las plazas de titulares. Dice así el gobernador de Madrid:

Próxima la época de remitirse á este Gobierno, según dispone el art. 150 de la vigente ley Municipal, los proyectos de presupuestos locales para el próximo año económico de 1915, y siendo uno de los ramos administrativos más importantes de los Ayuntamientos el de atender con preferencia los servicios de la sanidad pública y pecuaria, por las íntimas relaciones que la primera tiene con esta última, he de

recordar muy encarecidamente á todos los Concejos municipales de la provincia la obligación en que los mismos se hallan de consignar en los referidos presupuestos las cantidades necesarias para el personal y material de estos servicios, advirtiéndole á los señores alcaldes que no se aprobará por este Centro ningún presupuesto municipal para el referido año de 1915 sin que se consignen en los mismos las dotaciones titulares que por las clasificaciones de partidos correspondan á los médicos y farmacéuticos titulares, y para los veterinarios igualmente titulares, por no haberse hecho la referida clasificación de partidos por la Junta de patronato de dicho Cuerpo, las cantidades consignadas en los actuales presupuestos y en los que no tengan consignada cantidad alguna ó lo sea menor que la establecida por la vigente Real orden de 17 de Marzo de 1864, se atenderán á esta soberana disposición, juntamente con las sumas que se crean pertinentes para la inspección de las substancias alimenticias destinadas al consumo público, en armonía con lo prevenido en la Circular de este Gobierno de 28 de Julio último, publicada en el *Boletín Oficial* de esta provincia correspondiente al 4 del presente mes.

La Circular del gobernador de Murcia dice así:

Gobierno de la provincia.—Secretaría.—Negociado 2.º—Núm. 2.021.—Circular.— Declarado por Real orden del Ministerio de la Gobernación de 13 de Agosto de 1913, inserta en la *Gaceta* del 24, que el Real decreto de 15 de Noviembre de 1909 no ha derogado la Instrucción general de Sanidad de 13 de Enero de 1904, ni los Reglamentos de los Cuerpos de médicos, farmacéuticos y veterinarios titulares, y en cumplimiento con lo dispuesto en la Real orden de 18 de Abril de 1905, en su apartado 8.º, prevengo á los alcaldes que no serán autorizados sus respectivos presupuestos para el año 1915 si no se consignan en ellos las debidas y reglamentarias cantidades para la dotación de los titulares y para el pago de los medicamentos de la Beneficencia, según reiteradamente se viene advirtiéndole por este Gobierno.

Murcia 16 de Septiembre de 1914.—El gobernador, *Fidel Varela Millán*.

Ahora sólo falta que, sin contemplaciones de ningún género, se haga cumplir á todos los alcaldes lo que se dispone en las preinsertas Circulares.

En el Hospital General de esta corte se verificó el miércoles último el solemne acto de imponer las insignias de la Cruz de Beneficencia á la superiora de las Hermanas de la Caridad de dicho Centro, sor Ventura, por sus incesantes trabajos en favor de los desgraciados desvalidos que reciben asistencia en aquel Centro benéfico.

Asistieron al acto el ministro de la Gobernación, el subsecretario, el director de Administración local, el presidente de la Diputación y diputados y otras autoridades.

El Sr. Sánchez Guerra pronunció un sentido discurso de elogio para las virtudes de sor Ventura, que se muestra siempre incansable ejerciendo la caridad y sacrificándose por proporcionar mayor auxilio á los enfermos pobres.

Con palabras que apenas podía pronunciar, tal era su emoción, la venerable superiora del Hospital

provincial dió gracias por el homenaje que ella estimaba inmerecido, pues su deber es sacrificarse—dijo—en favor de los desventurados que padecen.

Los concurrentes asistieron á una ceremonia que por lo sencilla y conmovedora será recordada mucho tiempo.

Declarada ya oficialmente la existencia del cólera en Viena, el Municipio de dicha villa ha votado, según dice, un millón de coronas para la construcción urgente de barracones-hospitales destinados á enfermedades contagiosas, que habrán de erigirse junto al lazareto central.

La publicación de estas medidas ha producido dolorosa impresión en el público, porque revelan claramente las condiciones sanitarias del ejército. Algunos recuerdan que hace pocos días la «Agencia oficial» austriaca transmitía un despacho de Salónica señalando la aparición de varios casos de cólera en Nisch. La *Neue Freie Presse* recogía la noticia, comentándola con ampliaciones que la censura juzgó impertinentes, impidiendo aquel día la publicación del periódico.

Al principio se dijo que se trataba de numerosos casos de disentería producidos en las filas del ejército á causa del uso de conservas de Hamburgo; pero el rumor público insistía en atribuir al cólera morbo la extraordinaria enfermería de las tropas expedicionarias.

Por ahora se construirán diez barracones, capaces cada uno para 400 camas, que en caso de necesidad podrán duplicarse.

También en Lisboa se registran numerosos casos de una enfermedad epidémica á la que hasta ahora no se le ha dado nombre.

DECIO CARLÁN

Madrid, 3 de Octubre de 1914.

SARCOMA MELANICO DE LA COROIDES

Por el doctor B. CASTRESANA
Subdirector del Instituto Oftálmico.

El sarcoma melánico de la coroides es una enfermedad terrible, porque se reproduce y generaliza con mucha rapidez. Por lo tanto, el diagnóstico preciso desde el primer período de su evolución tiene una importancia capital.

Como la sintomatología sufre algunas variantes en cada caso, según el sitio donde aparece el tumor, considero de gran utilidad dar á conocer cuantas observaciones clínicas se nos presentan para recoger y acumular con ellas el mayor número y elementos positivos con los cuales se pueda diagnosticar tan grave enfermedad desde el momento en que se inicia.

En atención á lo que dejo expuesto, daré á conocer de una manera rápida la historia clínica siguiente*

N. N., de cuarenta y cinco años, soltero, domiciliado en Madrid, de buena constitución y sin antecedentes dignos de mencionarse, se presentó en mi consulta particular alarmado porque al levantarse de la cama había notado que no veía bien con el ojo derecho. El enfermo manifiesta que siempre tuvo buena vista y que únicamente desde hacía dos años usaba lentes de présbita, con los que veía perfectamente, sintiendo sólo algunos pequeños dolores intermitentes que le parecía se irradiaban del ojo enfermo.

Sin consignarme más datos pasé á reconocerle, encontrándome con que el iris estaba un poco rechazado hacia adelante de la parte externa é inferior del diámetro horizontal correspondiente á la córnea. El resto permanecía en situación normal, tanto en su coloración como en su profundidad y abertura pupilar. Su agudeza visual en el ojo enfermo alcanzaba, hecha su corrección, á $\frac{1}{3}$ de la escala de Wecker iluminada, y en el ojo izquierdo á $\frac{2}{3}$, corregido el astigmatismo hipométrico que existía.

En la cámara oscura, con luz oblicua, el iris reaccionaba bien, y mediante el examen oftalmoscópico pude apreciar la existencia de una corio-retinitis no muy acentuada. Como no me quedara convencido ni de los datos aportados por el enfermo ni del oftalmoscopio sin dilatación pupilar, instilé una gota de atropina, dilaté bien el iris, y entonces con luz oblicua observé un ligero levantamiento coroideo próximo á los procesos ciliares, coincidiendo con el avanzamiento del iris en la cámara anterior. Con el espejo se apreciaba una sombra negra de forma redondeada en la parte externa del campo pupilar y el oftalmoscopio confirmó el diagnóstico de una corio-retinitis, que se acentuaba más cuanto más nos aproximábamos á los procesos ciliares.

Después de recoger todos estos datos y de meditar mucho sobre ellos para hacer el diagnóstico diferencial, concluí por convencerme se trataba de una enfermedad de sombrío pronóstico.

Mas como el caso era muy interesante, tanto por que el mal de que se trata no es muy frecuente como porque se hallaba en sus comienzos, pensé que podría servir de enseñanza y gran utilidad á los señores médicos alumnos que me acompañan en mis clínicas del Instituto Oftálmico, y le llevé á dicho centro para que le reconocieran.

Dejemos al enfermo en poder de dichos señores el tiempo que necesiten y oigamos después sus razonados diagnósticos, todos diferentes, menos uno, que se abstuvo de formar juicio.

Hubo quien teniendo en cuenta el dato de que el enfermo había perdido la vista de repente (según afirmaba), de que tenía accesos de tos, de que el iris estaba empujado hacia adelante, de que hasta parecía que se movía un poco, de que al iluminar con el espejo se veía la sombra un tanto circular y de que con luz oblicua se veía allí detrás del iris rechazado, como si hubiere algo que lo empujara, de un color gris oscuro, pensará en que se trataba de una «luxación del cristalino». No lo decía muy convencido y hasta aducía razones en

contra, como es la irido-donesis acentuada que suele existir y que no existía, la sombra negra que se veía precisamente en el sitio donde no debía verse, donde suponíamos al cristalino luxado, la forma de la sombra que no convenía del todo, el que de ser cristalino luxado tenía que estar opacificado, y esto pugnaba con el supuesto de haber perdido la vista de repente aquella mañana, provocado todo por el acceso de tos. Además, estos enfermos ganan con lentes positivos y éste no ganaba.

Hubo quién pensara en un desprendimiento retiniano; quién en una coroiditis con exudados de vítreo; quién en una corio-retinitis y quién no se atrevía á formular diagnóstico dadas las muchas dificultades que el caso presentaba. Por otra parte, todos daban su opinión con desconfianza y todos tenían más argumentos para echar abajo su diagnóstico que para sostenerlo, pero no encontraban otro mejor.

En vista de que ninguno diagnosticaba la enfermedad, les hice ver que lo que existía detrás del iris era un tumor pequeñísimo, pero tumor, y tumor coroideo, probablemente *sarcoma melánico*, en su primer período, con escasa sintomatología, pero la suficiente para diagnosticar por su aspecto, su coloración y porque haciendo una minuciosa observación con luz oblicua y lente de aumento, obligando al enfermo á mirar hacia su nariz, se apreciaba clara y distintamente una eminencia de color oscuro con vasos propios distribuidos á su alrededor. No se debía pensar que se trataba de un leucosarcoma ni de un tubérculo por el aspecto de la tumoración, por su historia y finalmente por la constitución.

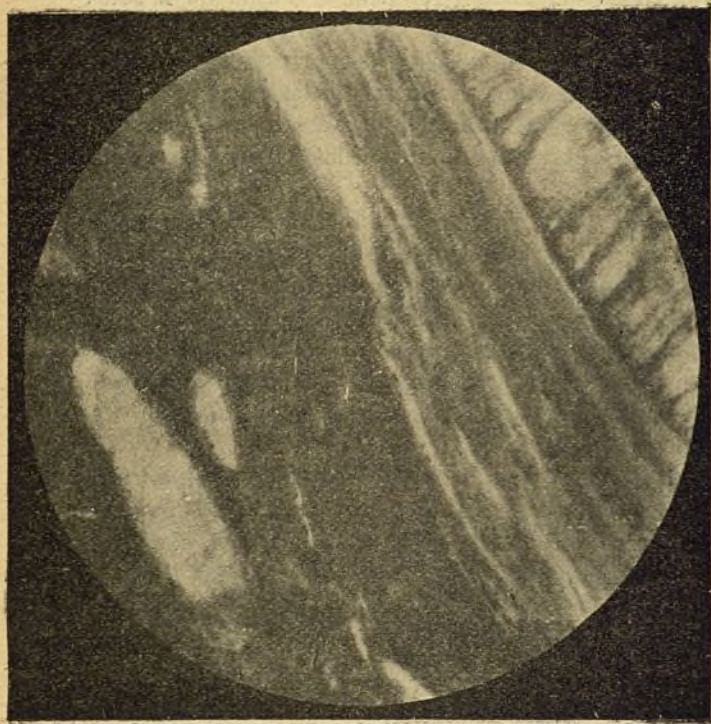
De acuerdo en el diagnóstico propuse al enfermo debía procederse á la enucleación, de la cual no se decidió partidario por el momento, esperando por algún tiempo la marcha y evolución que presentara su enfermedad. Al mes próximamente del primer reconocimiento que le hice, volvió á presentarse de nuevo en mi consulta con el tumor en el segundo período, es decir, en síntomas verdaderamente tensivos.

En estas circunstancias, procedí rápidamente á la enucleación. Una vez practicada reconocí minuciosamente el globo ocular, tanto en las inmediaciones de la córnea como en las del nervio óptico, procediendo inmediatamente después á registrar con el tacto todos los tejidos de la órbita. Como no encontrara ninguna dureza, nudosidad ni nada anómalo que justificara una intervención quirúrgica más amplia, me limité sólo á la extracción del globo ocular, que fué enviado el laboratorio para su análisis, que dió el siguiente resultado:

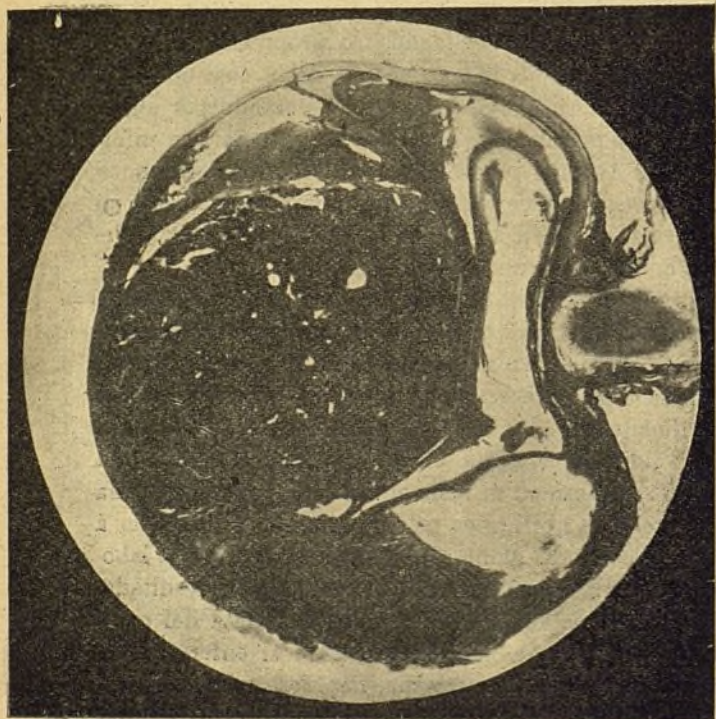
«La preparación microscópica obtenida del corte antero-posterior de un ojo enucleado al enfermo don N. N. por el Dr. Castresana, demuestra la presencia de una neoplasia intraocular que por su forma celular corresponde al tipo sarcoma y por estar matizado de corpúsculos pigmentarios se debe caracterizar de melánico.» (Figuras 1.^a y 2.^a)

El presente caso clínico merece por nuestra parte que hagamos algunas reflexiones clínicas aunque sea de una manera sintética. Cuando el enfermo se presen-

tó por primera vez en nuestra consulta, había terminado la neoplasia el periodo de presentación é iban á comenzar bien pronto los síntomas glaucomatosos.



El paciente había notado que repentinamente su visión había disminuído. Más tarde, al cerrar uno de sus ojos, observó que en el otro su agudeza visual des-



cendía rápidamente, perdiéndola en determinada dirección de su campo visual (escotoma) y además que se le presentaban sensaciones luminosas subjetivas en la obscuridad.

Acusaba también el enfermo algunas neuralgias

que se irradiaban desde el ojo, pero de escasa intensidad, neuralgias que suelen aparecer en este periodo pero que son raras y sin importancia.

El aspecto exterior del ojo no presentaba nada de particular, excepto los síntomas consignados en la historia clínica. No pudimos tampoco en este caso, aún más avanzado el proceso, apreciar un signo de gran importancia, cual es el reflejo del gato amaurotíco de Beer. Claro está que este reflejo no es especial del sarcoma de la coroides, puesto que se observa también en el glioma de la retina y en otros procesos exudativos que determinan el desprendimiento retiniano como señala Brière; pero es indudable que este síntoma nos conduce muchas veces á un reconocimiento oftalmoscópico, mediante el cual podemos comprobar, en virtud de los caracteres que presenta, que es solamente sintomático de la neoplasia que viene desenvolviéndose dentro de la cáscara ocular, al descubrir de este modo el signo descrito por Wecker y Sichel de las dos redcillas vasculares.

Hemos podido también observar en este caso clínico la diferencia de síntomas que existe según que la neoplasia se presente en el polo posterior del ojo, hacia la región ciliar, ó en una porción próxima á la ora serrata, pues el enfermo en la primera observacion no acusa síntomas de desprendimiento al reconocerle con el oftalmoscopio el fondo del ojo, porque el sarcoma que se desenvuelve hacia la región ciliar, en una parte próxima de la ora serrata, puede no determinar en un principio ningún desprendimiento de la retina porque esta membrana permanece en contacto con la neoplasia por espacio de algún tiempo, lo que no ocurre cuando el tumor inicia su evolución en la región ecuatorial.

A pesar de haber indicado al enfermo la conveniencia de una intervención quirúrgica rápida, desde nuestra primera observación, en la cual hicimos el diagnóstico de tumor intraocular, probablemente sarcomatoso por el sitio de presentación, porque tengo observado que en la región anterior el sarcoma melánico es más frecuente que el leucosarcoma, el cual evolucionaría casi siempre en el polo posterior, el paciente abandonó nuestra consulta, para volver á presentarse, después de haber transcurrido un mes, con los síntomas correspondientes al segundo periodo de la enfermedad, ó sea con el cortejo sintomático del aumento de tensión intraocular.

La visión de $\frac{1}{3}$ que tenía el paciente, hecha su corrección óptica en el ojo enfermo, cuando le observamos por primera vez, había quedado reducida dirigiendo la mirada lateralmente, á dedos á cuatro metros. Los vasos conjuntivales y episclerales se habían congestionado fuertemente, coincidiendo con la presentación de fotofobia, lagrimeo y dolores oculares y periorbitarios, que persistieron haciéndose cada vez más intensos á pesar de haber prescrito mióscos al enfermo, hasta que procedimos á la enucleación, lo que no ocurre en el glaucoma esencial generalmente, en el que los dolores tienen sus remisiones y al cabo de cierto tiempo desaparecen muchas veces al ceder el ataque agudo.

Por último, la córnea se había deslustrado ligeramente y la cámara anterior se encontraba disimulada por hallarse el iris rechazado hacia adelante en todas sus partes, siendo la tensión + 2. El tumor se encontraba, por lo tanto, en pleno período glaucomatoso. Si bien en el presente caso el estado hipertensivo tuvo su desarrollo relativamente rápido, con relación al tamaño del tumor, sabemos, y yo he tenido ocasión de comprobarlo, que no existe una correlación necesaria entre el volumen de la neoplasia y el aumento de «tono ocular», puesto que los síntomas glaucomatosos pueden ser muy acentuados con un pequeño sarcoma y en cambio muy poco intensos con un tumor voluminoso, porque en los síntomas tensivos intervienen muchos factores secundarios, como son los trastornos circulatorios cuando la neoplasia ocupe determinadas regiones en las cuales puede dar lugar á éxtasis, con trasudación serosa y desprendimiento de retina, que unidos al aumento de tensión y a dolor nos permite decir con fundamento: *desprendimiento con dolor, tumor*.

Como el examen macroscópico del ojo enucleado nada anormal nos reveló en la esclerótica y nervio óptico, dimos por terminada la intervención quirúrgica, sin proceder á la exenteración completa de la órbita, por no considerarla necesaria, teniendo el globo ocular macroscópicamente una completa normalidad que habíamos de contrastar más tarde mediante el análisis microscópico.

Es verdad que en el segundo período de la enfermedad se han observado casos de generalización, pero son rarísimos, porque generalmente la neoplasia se generaliza después que perfora la cáscara ocular. De otra parte, reconocimos el hígado, que es el órgano más frecuentemente atacado por el sarcoma melánico, encontrándole completamente normal. No podemos negar que existen opiniones tan respetables como las de Knapp, de Wecker, Velpeau, Stocher, Haskett Derby y otros, que creen no existe otro medio curativo que la extirpación total. Si la neoplasia ha perforado el globo ocular, por lo que á mí se refiere diré que cuantos casos he intervenido la reproducción se presentó, á pesar de haber exenterado, raspado la órbita y cauterizado el pedículo con el termocauterio, es decir, en estos casos el tratamiento quirúrgico no cura: por el contrario, los que se presentaron á mi observación en el primer período de su evolución, sólo con haber enucleado el ojo, fué suficiente para destruir la enfermedad, ejerciendo, como dice Lagrange, una influencia decisiva en las recidivas locales, hecho demostrado también en el caso clínico que publicó el Dr. Pons Marqués en los *Archivos de Oftalmología Hispano Americanos* en el mes de Abril del corriente año.

En cambio, no estoy conforme con Lagrange al afirmar la recidiva en un 5 por 100, cuando se opera en el período glaucomatoso de la enfermedad, pues repito que yo no he tenido tampoco ninguna reproducción interviniendo en este segundo período, si no existía por lo menos infiltración de la cáscara ocular, pero no deja por eso, á mi juicio, ser muy cierto el consejo de Lawrence, que es el operar lo más pronto posible.

Por último, la extirpación simple del neoplasma conservando el globo ocular, aconsejada por Rolland y Crepete, en el primer período del sarcoma melánico, no la creo justificable en ningún caso por circunscrita y localizada que se encuentre la neoplasia, porque al dislaccar el tumor ponemos en contacto con las tunicas del ojo y sus partes envolventes, gérmenes infecciosos que se han de reproducir ó generalizar rápidamente.

Periódicos médicos.

EN IDIOMA EXTRANJERO: I. La ciática de origen sacro-vertebral. — II. Tratamiento de la obesidad con los metales en estado coloide. — III. Los elementos de pronóstico en la tuberculosis pulmonar. — IV. Contribución al estudio clínico del cólera. — V. Anafilaxia y antianafilaxia en la tuberculosis. — VI. Vacunoterapia en las infecciones crónicas, no gonorreicas, de las vías urinarias. — VII. Etiología del enucoidismo tardío. — VIII. La reacción de Pirquet y el tratamiento por las tuberculinas. — IX. Sifilis cerebrospinal con especial relación al tratamiento.

I

La ciática de origen sacro-vertebral.

El Dr. H. Forestier, apoyándose en ciertas investigaciones personales, llega á la conclusión siguiente: Frecuentemente existe una relación entre la ciática y ciertas localizaciones reumáticas, como la artropatía sacro-vertebral apofisaria.

En un trabajo presentado á la Sociedad de Medicina de París insiste sobre ciertos puntos, como son: los lumbagos que se localizan en la articulación sacro vertebral apofisaria; que esta artropatía sacro-vertebral apofisaria, por razón de inmediata vecindad con el nervio lumbo-sacro, influye sobre él y determina un síndrome ciático; que dicha artropatía corresponde á los lumbagos localizados bajos, considerados como artritis sacro ilíacas á consecuencia del error cometido en la apreciación del punto doloroso atribuido á éstas; que verosíblemente esta artropatía predispone la escoliosis ciática.

Para Forestier, la articulación sacro-vertebral es una articulación muy fatigada y muy expuesta, por tanto, á causas de inflamación y á traumatismos; parece ser en particular el asiento del dolor vulgarmente llamado de riñones, y es evidentemente el de los lumbagos con puntos dolorosos situados bajos, tal como se observa en los lumbagos de repetición.

La artritis sacro-vertebral apofisaria puede ser por consiguiente admitida como una realidad clínica.

Ya tenga por causa pequeños esguinces, ya los brotes inflamatorios de naturaleza gotosa ó reumática, lo que es más frecuente, la artropatía determinará lesiones de vecindad, peri artritis y celulitis, pues todo el alón del sacro está revestido de una gruesa capa de tejido célula-fibroso.

Siendo así que el nervio lumbo-sacro, que toma la mayor parte en la formación del ciático, está inmediato adyacente á esta articulación, estas condiciones anatómicas permiten concebir cómo un proceso inflamatorio desenvuelto en la articulación sacro-vertebral apofisaria ó en el tejido celular del alón del sacro puede influir sobre el nervio lumbo-sacro y determina un síndrome ciático.

Podemos concluir de esto, que hay una relación muy estrecha entre ciertos lumbagos y algunas ciáticas, que la procedencia del lumbago es un hecho clínico bien neto en ciertos casos de ciática. M. Forestier ha podido á menudo predecir una ciática á gotosos que habiendo presentado repetidos ataques de lumbago no habían hecho el tratamiento necesario para su curación.

II

Tratamiento de la obesidad con los metales en estado coloide.

El tratamiento de la obesidad, fuera de las indicaciones especiales que resultan de las circunstancias etiológicas, podría resumirse en las dos proposiciones siguientes: disminución del *contingente* alimenticio y aumento del proceso de desasimilación.

El aumento del proceso de desasimilación realizase, sobre todo, por medio de *curas* de ejercicio; pero su acción es discutible; no debe olvidarse que estas *curas* son casi siempre molestas; cualquier falta en su vigilancia puede acarrear graves consecuencias; además, en la mayor parte de los casos los ejercicios excitan exageradamente el apetito, con lo que el organismo recupera sus pérdidas; además, la obesidad vuelve en cuanto se suspende el tratamiento.

La disminución del contingente alimenticio se consigue con la limitación de alimentos, lo que constituye muchas veces un tormento para el enfermo. Puede obtenerse también con la institución de un régimen que provoque la saciedad ó el hastío ó que determine desconciertos digestivos, tratamiento que trae consigo la pérdida del apetito y la mala asimilación de los alimentos ingeridos. A este segundo grupo pertenecen todos los regímenes sistemáticos y todos los tratamientos medicamentosos clásicos.

El tratamiento empleado por el autor, desde hace muchos años, tiene por base la utilización de agentes medicamentosos, es verdad, pero deja intactas las funciones de absorción y de asimilación y no tiene otro fin sino el de aumentar el proceso de desasimilación.

Los metales coloidales son hoy por día los más conocidos é indudablemente los más inofensivos de los agentes capaces de exaltar las oxidaciones orgánicas: elevación del cociente azoúrico y de la termogénesis (Charrin', aumento de la cantidad de la eliminación del ázoe total, de la urea, del ácido úrico (Robin y Weil, Robin y Bardet, Ascoli, etc.).

Estos metales ofrecen la ventaja de obrar al modo de los fermentos, de una manera intensa y á dosis débiles, determinando acciones que persisten por mucho tiempo y acarreando modificaciones duraderas en el ritmo de los cambios.

Tal acción duradera y persistente hace que la terapéutica coloidal resulte muy preciosa en una afección que tiende constantemente á reproducirse, dándole una superioridad incontestable sobre los mejores métodos físicos, tales como, por ejemplo, el método propuesto por el señor Beronié.

Los coloides inyectados en el organismo, que gozan como se sabe de la propiedad característica de tener afinidad entre sí, se combinan con los coloides que constituyen el protoplasma celular, y los líquidos orgánicos, para formar complejos dotados de propiedades especiales que se manifiestan según los casos, por un aumento de las funciones de defensa contra las toxinas, gracias al estímulo de las oxidaciones intraorgánicas, el aumento de las secreciones y de las funciones de eliminación, etc.

Tales complejos son á menudo reversibles, lo que permite comprender el mecanismo de la larga duración y de la intensidad de su acción.

No queremos alargarnos sobre esta cuestión; pero es difícil explicar la razón por qué los metales en el estado coloidal no son empleados, por decirlo así, sino en las enfermedades causadas por la infección. En efecto, lo que sabemos ya respecto de su acción en el organismo debería conducir á aplicarlos, antes de todo, en las enfermedades llamadas de la nutrición,

El tratamiento que suelo emplear desde hace muchos años no pide régimen riguroso unívoco; límitase á responder á las indicaciones de higiene general y alimenticia que resulten del estudio de cada caso particular, pues no debe considerarse la obesidad como una enfermedad, sino como un síndrome cuya patología, si no la naturaleza, debe ser establecida según los distintos casos.

Después de haber experimentado todos los metales en el estado coloidal que pude agenciar, escogí finalmente los metales no tóxicos pertenecientes al grupo platino, muy conocidos con motivo de su poder catalítico.

Soy efectivamente convencido de que así la dosis como la naturaleza del metal empleado son de importancia suma, al contrario de la opinión hoy en día clásica.

Entre los metaloides, el yoduro no me ha dado los resultados que se podían esperar *a priori*.

En general, he empleado la vía cutánea para los metales preparados por el método químico, y las vías subcutánea, intramuscular ó intravenosa, según el metal empleado, para los metales preparados por el método de Bredig.

El platino, el rodio y el paladio obtenidos por vía eléctrica fueron inyectados á dosis débiles: 5 á 10 c. c. de soluciones isotónicas conteniendo exactamente 0,25 gramos por litro de metal, hechos estables por medio de un hidrato de carbono del mismo signo que el coloide.

Las inyecciones realizanse una vez ó dos por semana.

Desde los precisos comienzos puede preverse el resultado: será positivo todas las veces—y solamente en estos casos—que una reacción se produzca, esto es, elevación pasajera de la temperatura, modificación de la excreción urinaria, etc.

El enflaquecimiento que se obtiene así es poco considerable: 200 á 500 gramos por semana, á lo más; pero la curva del peso del enfermo va siempre y regularmente bajando.

El apetito no está modificado; no hay alteración alguna en el estado general. Uno de los resultados más precoces es la mejoría rápida de los trastornos respiratorios que se encuentran con harta frecuencia en los sujetos obesos.

Numerosas observaciones me han demostrado con evidencia que la medicación metálica coloidal representa un método tanto más precioso cuanto que no tiene los graves inconvenientes de los demás métodos.

Esta medicación es siempre y fácilmente tolerada por los enfermos, puesto que no pide pérdida exagerada de tiempo, ni ejercicios que cansan, ni privaciones de alimentos difíciles de soportar; no provoca desconciertos digestivos ni modificaciones penosas del estado general; además de ello, es absolutamente inofensiva. Por último, los resultados que da son mucho *más duraderos* que los que se obtienen con cualquiera otra medicación.—(*Gazette Médicale de Paris.*)

III

Los elementos de pronóstico en la tuberculosis pulmonar.

He aquí el resumen de las conferencias dadas sobre este punto por Emilio Sergen en el Hospital de la Charité de París.

1.º *Importancia del pronóstico en la tuberculosis pulmonar.*

Es en extremo importante poder sentar el pronóstico de un caso de tuberculosis, tanto desde el punto de vista social como desde el individual, y sin embargo, nada tan difícil é incierto.

A) *Desde el punto de vista social*, existe un gran interés en poseer reglas que permitan prever el porvenir reservado

á cada caso particular, en materia, por ejemplo, de *seguros y accidentes del trabajo*; en los primeros interviene un factor capital: la *curabilidad de la tuberculosis*. En la época de Laennec se era pesimista, y *tuberculoso* era sinónimo de condenado á muerte; después se llegó por reacción excesiva á adoptar la fórmula de Brehmer: «De todas las enfermedades, la tuberculosis es la más curable». Entre estas dos opiniones extremas, que prueban en último término que la discusión es posible, ¿cuál es la verdadera?

Fácil es concebir si será útil conocer los elementos de apreciación capaces de ilustrarnos en cada caso particular sobre las probabilidades de curación; curación que debemos distinguir si es sólo *aparente ó real*, estando divididas en este punto las opiniones.

El conferenciante cree que no hay más que apariencia de curación: la tuberculosis se ha detenido, se ha fijado de alguna manera, pero no se ha extinguido por completo; bastará una circunstancia cualquiera ocasional para favorecer de nuevo su brote. También habrá que tener en cuenta sobre este punto de vista (*seguros*) la *mortalidad*, la curva de virulencia de la tuberculosis y las llamadas *formas abortivas*.

Del punto de vista *accidentes* cualquiera ó *accidentes del trabajo*, puede en materia de pronóstico apoyarse en las siguientes consideraciones: Todo accidente ó traumatismo sobrevenido en el tórax pueda jugar un papel importante en la etiología de la enfermedad; es causa, por ejemplo, de una hemoptisis manifiesta.

Otras veces se ha acusado al traumatismo de ser la causa directa esto en tiempo de la *phthisis ab hemoptoe*: hoy se dice tuberculosis latente, en apariencia extinguida, dormida en realidad, que el traumatismo ha despertado. El importante acuerdo del Tribunal de Casación francés es como sigue: «Sin distinción en todas las consecuencias de accidentes, la parte correspondiente á una enfermedad preexistente es la misma que la de consecuencia directa del traumatismo».

B) Desde el punto de vista *individual*, el pronóstico no es menos importante ni menos difícil; él podrá llevarnos á ser más ó menos exigentes en el tratamiento y á aconsejar ó prohibir una vida activa, un viaje, una permanencia en el extranjero ó en un clima poco favorable.

Los mil aspectos de este punto de vista muestran bien la dificultad con que el médico tropieza al tratar de establecer el pronóstico de un caso de tuberculosis y la enorme importancia de su establecimiento.

2.º *Necesidad de discutir el valor de los elementos de pronóstico.*

Se pueden colocar esquemáticamente en dos grandes categorías los elementos de pronóstico en la tuberculosis: A) *Condiciones anteriores del terreno individual*. B) *Condiciones actuales de evolución de la enfermedad*.

A) *Elementos de pronóstico deducidos de las condiciones anteriores del individuo*: 1.º *El terreno* cuya importancia estrechamente ligada á la de las predisposiciones depende de tres factores principales: a) *Estado social*; b) *Estado fisiológico*; c) *Estado patológico*.

a) El estado social no deberá ser nunca desdeñado: *La profesión*, que juega un papel importantísimo; *las condiciones del medio físico*, tan lejos de ser indiferentes.

b) *El estado fisiológico*. 1.º *Estado físico del enfermo*; 2.º *La edad*, que nos aporta datos interesantes.

En el hombre hay entre los veinte y los cuarenta años un verdadero período de estado de la infección tuberculosa.

En la mujer, por el contrario, está el gran período de la actividad genital, con sus embarazos, sus abortos y demás accidentes, posibles circunstancias agravantes de la tuberculosis.

A partir de los cuarenta años la tuberculosis tiene tendencia á adoptar la forma fibrosa.

3.º *El sexo*, cuyas condiciones inherentes están muy lejos de ser despreciables.

En la mujer hay épocas (*pubertad, menopausia*) en que la tuberculosis es particularmente peligrosa.

c) *Estado patológico anterior*: 1.º *La herencia*; 2.º *Los antecedentes tuberculosos personales del enfermo*. 3.º *Las enfermedades asociadas* (anteriores, concomitantes é intercurrentes); 4.º *Las enfermedades agudas* (sarampión, coqueluche, fiebre tifoidea).

En las enfermedades *crónicas asociadas*, distingue el sentir de algunos las *antagonistas* (el asma, el enfisema, el artrismo, el reumatismo, las lesiones mitrales, el saturnismo), y las *agravantes* (la diabetes, la sífilis y el paludismo).

La *sífilis*, que según Landouzy «*hace el lecho á la tuberculosis*». «*Prepara el terreno para la simiente tuberculosa*» (Sergent).

Pero de todas las infecciones ó intoxicaciones, la que juega el papel más nefasto es el alcoholismo.

B) *Elementos de pronóstico deducidos de las condiciones actuales de evolución de la enfermedad*.

Son de dos órdenes: los deducidos de los caracteres sintomáticos y de evolución clínica observados á la cabecera del enfermo, y los deducidos de las reacciones humorales y las constataciones hechas en el laboratorio.

1.º *Elementos deducidos de los caracteres sintomáticos y de la evolución clínica*. a) *Modo de explosión de la enfermedad*; b) *Signos físicos*; c) *Signos funcionales* (tos, expectoración, disnea); d) *Síntomas generales* (fiebre ó apirexia, sudores nocturnos, dispepsias gástricas intestinales, hepatitis y pancreatitis, diarrea, trastornos de la circulación, palpitaciones, taquicardia, *modificaciones de la tensión arterial*; estado psíquico, trastornos nerviosos, enforia, estado de somnolencia); e) *Formas clínicas*: 1.º *Crónicas* (congestiva apirética, de caverna localizada, forma fibrosa, forma ulcerocquetizante de los viejos, forma abortiva de Bard). 2.º *Formas agudas* (tisis galopante; bronconeumonía caseosacortical, granulía).

2.º *Elementos de pronóstico deducidos de las reacciones humorales y constataciones hechas en el laboratorio*.

a) Serodiagnóstico; b) Reacción de fijación; c) Tuberculino-reacción; d) Índice opsónico.

De las constataciones de laboratorio: Las mensuraciones torácicas, la espirometría, la neumografía, la radioscopía y la radiografía, el examen de la orina, el examen de los esputos, la observación de los bacilos de Koch.

Tales son los elementos principales de apreciación de que dispone el médico para establecer el pronóstico en cada caso particular y llegar á una interpretación probable. — (J. de M. et C. Pratiques). — Trad. F. J. CORTEZO.

IV

Contribución al estudio clínico del cólera.

Con este título publica un folleto H. Hesse, que el verano de 1913 asistió á 159 celéricos en Sofía, en el que dice, en resumen, lo siguiente:

Los síntomas y curso de la enfermedad, considerados en conjunto, fueron los mismos observados en otras epidemias. No se pudo comprobar el que algunas personas tengan una predisposición particular para contraer el cólera. Entre los síntomas del tercer estadio es digno de mención un estado tífico especial en que caían con frecuencia los enfermos. Durante la enfermedad y al terminar ésta se observaron neuritis, ictericia (por colecistitis), enfisema del mediastino y exantemas muy variados, complicaciones que el autor explica, y

en sus explicaciones no podemos seguirle—clínica y bacteriológicamente.—Respecto al tratamiento, la observación más saliente es la de que á toda costa hay que evitar durante el curso de la enfermedad el producir perturbaciones funcionales innecesarias.

V

Anafilaxia y antianafilaxia en la tuberculosis, por G. Caronia.

El suero de la sangre de los niños tuberculosos posee propiedades hemolíticas para el antígeno tuberculoso, mientras que el suero de los niños sanos no contiene ó contiene raramente tales antianafilotoxinas. No tienen importancia para el diagnóstico las investigaciones acerca de las substancias anafilactógenas, puesto que éstas pueden faltar cuando real ó aparentemente la antianafilaxia existe. En la sangre de los tuberculosos que se hallan mejorados y en vías de curación pueden existir anafilotoxinas en alta proporción y, sin embargo, la acción lítica de su suero sanguíneo sobre las proteínas del bacilo tuberculoso oscila, hallándose disminuida unas veces y otras aumentada; esto último ocurre especialmente cuando se verifica la curación. El estado de antianafilaxia aparente es un síntoma de agotamiento orgánico.

Durante el tratamiento por la tuberculina, las propiedades líticas del suero sanguíneo de los niños tuberculosos puede experimentar notables oscilaciones; cuando la acción lítica disminuye, el enfermo mejora, y cuando aquella acción aumenta, el estado del enfermo suele permanecer estacionario.

Para los fines terapéuticos debe establecerse una distinción entre los casos en que la reacción inmunizadora es fácilmente despertada y aquellos otros en que es provocada con dificultad; en los últimos no se debe emplear la tuberculina. El tratamiento tiende á producir un estado de verdadera antianafilaxia.—(*Medizinische Klinik.*)

VI

Vaccinoterapia en las infecciones crónicas, no gonorreicas, de las vías urinarias.

A. Zinner, al dar cuenta de las observaciones hechas en ocho enfermos, dice:

En casos antiguos y casi refractarios á todo tratamiento no se logra por este procedimiento la curación, ya se hable de ésta en el sentido clínico ó ya en el bacteriológico, pero sí una notable mejoría: el tratamiento local y el medicamento favorecen la acción de la vaccinoterapia. Para lograr el éxito no son precisas las elevaciones térmicas. Las temperaturas muy altas generalmente ceden aumentando las dosis, yendo casi siempre acompañadas de una agravación, más ó menos duradera, de la enfermedad. Generalmente se emplean dosis más altas de vacuna antiestafilocócica que de vacuna contra el colibacilo. Por el cateterismo de los uréteres se comprobará si existe alguna infección renal pura, y en tal caso se establecerá el tratamiento vaccinoterápico que corresponda á la especie bacteriana hallada en el riñón. En los casos apurados las inyecciones intravenosas, hechas con prudencia, suelen dar buenos resultados obrando más activa y rápidamente.—(*Münchener Med. Woch.*)

VII

Etiología del enucoidismo tardío.

Exponiendo Schwaer la historia de un enfermo de cuarenta y cinco años, en el cual el enucoidismo no podía ser atribuido ni á traumatismo de los genitales, ni á la sífilis, ni á la bienorragia, ni á ninguna enfermedad infecciosa, dice

que la enfermedad era debida á varicoceles bilaterales, que determinaban las lesiones testiculares.—(*Münchener Med. Woch.*)

VIII

La reacción de Pirquet y el tratamiento por las tuberculinas, por H. Koegel.

En los casos leves de tuberculosis la cutirreacción suele ser intensa y rápida, mientras que en los casos graves, en los que es malo el estado general, por lo común la cutirreacción es débil ó falta del todo. Hay también, sin embargo, algunos casos—ordinariamente de pronóstico desfavorable—los cuales son anergéticos ya en el primer período; otros, en cambio, son alérgicos ó de reacción viva aún en el tercer período. Si repetidamente se investiga la cutirreacción—siempre con la debida prudencia—se observa que la reacción se hace más fuerte al mejorar el enfermo, tornándose la anergia en alergia; lo contrario suele ocurrir en los casos en que la enfermedad se agrava. A veces el estado de anergia persiste aunque tenga lugar la mejoría. Cuando la reacción cutánea es enérgica, se debe instituir desde luego el tratamiento por las tuberculinas; pero cuando tal reacción es débil ó nula, no se debe emplear el mencionado tratamiento, ó se empleará sólo en condiciones especialmente favorables, hallándose el enfermo, por ejemplo, no en su casa, sino en un sanatorio, etcétera. La repetida investigación de la reacción que nos ocupa debe dar la norma de la duración y forma del tratamiento.—LÓPEZ PELÁEZ.

IX

Sífilis cerebroespinal con especial relación al tratamiento, por Charles W. Jefferson.

En contra de lo que generalmente se considera, la sífilis cerebroespinal aparece frecuentemente dentro de los dos ó tres primeros años de aparecida la infección original, aunque en la mayoría de los casos no resultan afectados el cerebro y las meninges sino hasta mucho más tarde. Parece cierto, después de los estudios de clínicos modernos, que el espiroquete pálido invade el sistema nervioso central de una manera tan frecuente, que puede considerarse como constante; siendo al mismo tiempo notorio que la sífilis cerebral ó cerebroespinal, sea más bien una excepción que no una regla en la sífilis adquirida. Este criterio hace pensar que la infección sífilítica constituye una causa más frecuente de lo que generalmente se considera, de las enfermedades mentales.

Como el propósito de este trabajo no es hacer un estudio específico de las manifestaciones progresivas debidas á la infección luética, el autor omite de propósito la sintomatología de los períodos. Sin embargo, hace constar que los llamados dolores fulgurantes no pueden considerarse como patognómicos de la ataxia locomotriz, puesto que este fenómeno puede faltar en todos los períodos de la enfermedad citada.

El pronóstico en la sífilis cerebroespinal reciente, venía antes siendo estimado desfavorable de un modo general. A lo más podía esperarse, según los autores, una mejoría sintomática de la aplicación prolongada y rigurosa de los procedimientos terapéuticos adecuados. Esto era sobre todo aplicable á la ataxia locomotriz progresiva que en un 90 por 100 se debe á la infección luética, como los numerosos individuos que andan penosamente con ayuda de muletas y bastones podían certificar plenamente. Esperábase que el salvarsán probara su eficacia corrigiendo tan lamentable impotencia; pero sus efectos, tan beneficiosos cuando se le administra precozmente, fracasaron por completo en el trata-

miento de las manifestaciones tardías. Solamente en muy limitado número de casos ha podido obtenerse algún beneficio con el salvarsán, en alguna de las secuelas de la sífilis ó en los desórdenes llamados parasifilíticos. En los tipos muy agudos de sífilis cerebral ó cerebroespinal, sin embargo, se ha conseguido alguna mejoría sensible con la administración del salvarsán asociado á otros remedios. Un ejemplo ilustrativo de esto ha sido citado recientemente por Eddy: un enfermo de treinta y cuatro años, que contrajo la sífilis en 1903, y nueve años más tarde presentó manifestaciones cerebrales; la administración de salvarsán intravenosamente y la inyección intramuscular de neosalvarsán y de salicilato de mercurio lograron curar al enfermo antes de dos meses.

Demostrada la inutilidad de todos los antiguos métodos de tratamiento en la sífilis cerebroespinal reciente, se ha tratado de buscar otros. Así Swift y Ellis, después de trabajos numerosos, han descubierto un procedimiento para atacar á la espiroqueta en su principal baluarte, ó sea en el espacio subaracnoideo por inyección intraespinal de suero sanguíneo salvarsanizado.

Era una costumbre general enviar los enfermos al especialista de sistema nervioso cuando aparecían las complicaciones cerebrales después de haber agotado y visto fracasar á todos los recursos antisifilíticos. Especialmente después de la aparición de la ataxia locomotriz los especialistas prescribían sistemáticamente ejercicios y la electricidad, con la vana esperanza de restaurar algún tanto las lesiones constituidas y el equilibrio mental. Mientras que los síntomas parecían mejorar temporalmente, la espiroqueta, sin embargo, permanecía atrincherada en el sistema nervioso y continuaba proliferando, extendiéndose gradualmente la enfermedad é intensificándose sus síntomas luego.

La sífilis activa existe todavía después de la aparición de la ataxia locomotriz y de otras enfermedades parasifilíticas, como puede demostrarse: (a) por la presencia de la espiroqueta en el líquido cerebroespinal; (b) por una persistente pleocitosis; (c) por la reacción positiva de Wassermann. Aun después que la sangre del enfermo presenta reacción Wassermann negativa después de un tratamiento adecuado, persisten las anomalías del líquido cerebroespinal, reforzándose así la opinión de que la espiroqueta se encuentra atrincherada en el espacio subaracnoideo.

Ha sido demostrado plenamente que el líquido cerebroespinal se renueva prontamente después de ser extraído, que se elimina con gran rapidez una solución salina normal inyectada sin previa extracción de líquido, como asimismo los medicamentos que en él puedan introducirse. Cuando se recuerda que la sangre normal contiene seroalbúmina, azúcar, urea, etc., en tanto que estas sustancias sólo muy raramente se presentan en el líquido cefalorraquídeo, que el salvarsán y otros medicamentos faltan aquí cuando se administran por vía sanguínea, se comprende que las sustancias contenidas en la sangre no llegan sino muy escasamente al líquido cerebroespinal y se eliminan muy rápidamente. Ya Flexner había reconocido este hecho hace muchos años introduciendo en la práctica el método de la inyección directa de suero en el espacio subaracnoideo para tratar las meningitis.

En sus ensayos de tratamiento sobre sífilis de sistema nervioso, Swift y Ellis han emprendido una serie de experiencias sobre monos sífilizados á los cuales se le inyectan primeramente pequeñas cantidades de salvarsán y de neosalvarsán directamente en el conducto cerebroespinal. Sin embargo, como estas inyecciones resultaron ser demasiado irritantes, practicaron soluciones de suero salvarsanizado con

una solución salina normal, sirviéndose para investigar sus efectos irritantes del recuento celular del líquido cefalorraquídeo. Han demostrado por este procedimiento que el suero sanguíneo salvarsanizado posee decididamente una acción espiroquetocida.

Los detalles de sus métodos de preparación y administración en el hombre del suero sanguíneo salvarsanizado son los siguientes: Una hora después de una inyección intravenosa de salvarsán se extraen 40 c. c. de sangre que se coloca sobre hielo durante veinticuatro horas con objeto de separar el suero. El suero se centrifuga mezclando luego 12 c. c. de este con 18 c. c. de una solución salina normal, resultando así salvarsanizado el suero en un 40 por 100. Este se calienta á 56° durante treinta minutos, que activa el salvarsán. Veinticinco ó treinta c. c. de líquido cefalorraquídeo son extraídos lentamente inyectando después con lentitud también y valiéndose de la acción de la gravedad 30 c. c. de suero.

Como prueba de la eficacia del procedimiento, el autor publica las historias de casos muy interesantes que su extensión no nos permite transcribir. He aquí, sin embargo, la pauta del tratamiento.

Octubre 16 1913: 0,6 gramos de salvarsán intravenosamente. Octubre 24: $\frac{1}{2}$ grano de salicilato de mercurio intramuscular. Octubre 31: $\frac{3}{4}$ de grano de salicilato de mercurio intramuscular. Noviembre 7: 1 grano de salicilato de mercurio intramuscular. Noviembre 14: 1 grano de salicilato de mercurio intramuscular. Noviembre 21: $1\frac{1}{4}$ granos de salicilato de mercurio intramuscular. Noviembre 28: $1\frac{1}{2}$ granos de salicilato de mercurio intramuscular. Diciembre 3: $1\frac{1}{2}$ granos de salicilato de mercurio intramuscular. Diciembre 6: 0,6 gramos de salvarsán intravenosamente. Diciembre 12: $\frac{1}{2}$ grano de salicilato de mercurio intramuscular. Diciembre 19: $\frac{3}{4}$ de granos de salicilato de mercurio intramuscular. Diciembre 24: 1 grano de salicilato de mercurio intramuscular. Diciembre 30: $1\frac{1}{4}$ granos de salicilato de mercurio intramuscular. Ioduro de potasio administrado en pequeñas dosis á intervalos. La sangre del enfermo dió la reacción de Wassermann negativa.

Enero 10 1914: 0,3 gramos de salvarsán intravenosamente. Enero 11: inyección intraespinal de 30 c. c. de suero sanguíneo salvarsanizado. Enero 30: 0,5 gramos de salvarsán intravenosamente. Enero 31: inyección intraespinal de 30 c. c. de suero sanguíneo salvarsanizado. Antes de cada inyección intravenosa extrajéronse por punción lumbar 25 y 30 c. c. respectivamente.

Cinco horas después de la inyección intraespinal se observa evidente reacción. No es posible seguir al autor en todas sus observaciones que son realmente interesantísimas. —(The Therapeutic Gazette).—RAMÓN VILLEGAS.

Sección Oficial

CUESTIONARIO

para las oposiciones anunciadas de profesores supernumerarios del Cuerpo Médico-Farmacéutico de la Beneficencia provincial de Madrid.

PRIMER GRUPO

- 1.—Estudio de la membrana y protoplasma celular.
- 2.— Estudio del núcleo.
- 3.— Reproducción celular.
- 4.— Tejido epitelial.
- 5.— Tejido óseo.
- 6.— Osteogénesis y odontogénesis.
- 7.— Tejido muscular de fibra estriada.

- 8.—Tejido conjuntivo laxo.
 - 9.—Histología de la retina.
 - 10.—Tejido glandular.
 - 11.—Microbios anaerobios.
 - 12.—Teorías de la inmunidad.
 - 13.—Degeneración grasosa y calcárea.
 - 14.—Degeneraciones caseosa, amiloidea y coloidea.
 - 15.—Inflamación considerada histológicamente.
 - 16.—Clasificación histológica de los tumores.
 - 17.—Cicatrización considerada desde el punto de vista histológico.
 - 18.—Linfoma.
 - 19.—Condroma.
 - 20.—Neoplasias del tejido nervioso.
 - 21.—Digestión estomacal.
 - 22.—Digestión intestinal.
 - 23.—Funciones del hígado.
 - 24.—Absorción en general.
 - 25.—La respiración en su aspecto químico.
 - 26.—Mecánica de la circulación cardíaca.
 - 27.—Funciones del riñón.
 - 28.—Funciones de las glándulas tiroidea y paratiroidea.
 - 29.—Estudio general de las secreciones internas.
 - 30.—Fisiología de la acomodación ocular.
 - 31.—Condiciones y medios de reconocimiento del agua potable.
 - 32.—Análisis bacteriológico del agua.
 - 33.—Análisis bacteriológico del aire.
 - 34.—Adulteraciones de la leche.—Sus peligros y medios de investigarlas.
 - 35.—Enfermedades verminosas que pueden producirse por el uso de las carnes y medios de evitarlas.
 - 36.—Enumeración y crítica de los medios de calefacción modernos.
 - 37.—Cubicación de las salas de hospital.—Sistemas de ventilación.
 - 38.—Sanatorios marítimos y de altura.
 - 39.—Medios conducentes á evitar la propagación de las enfermedades infecto-contagiosas en los hospitales.
 - 40.—Aparatos y medios de desinfección en los hospitales.
 - 41.—Diagnóstico del sexo. Hermofroditismo.
 - 42.—Alteraciones mentales durante el embarazo, parto y puerperio.
 - 43.—Aborto provocado.
 - 44.—Diagnóstico médico legal del parto reciente y antiguo.
 - 45.—Violación y estupro.
 - 46.—Mecanismo de la muerte por ahorcadura.—Diagnóstico médico-legal de esta muerte.
 - 47.—Mecanismo de la muerte por estrangulación.—Su diagnóstico médico-legal.
 - 48.—Mecanismo de la muerte por sumersión.—Diagnóstico médico-legal.
 - 49.—Muerte por electrocución.—Mecanismo y diagnóstico.
 - 50.—Diagnóstico médico legal de la supervivencia después del nacimiento.
 - 51.—Sintomatología y patogenia generales en los envenenamientos.
 - 52.—Tratamiento general de los intoxicados.
 - 53.—Intoxicación por los álcalis.
 - 54.—Intoxicación por el ácido fénico.
 - 55.—Intoxicación por el plomo y sus compuestos.
 - 56.—Intoxicación por el fósforo y sus compuestos.
 - 57.—Intoxicación por el arsénico y sus compuestos.
 - 58.—Intoxicación por el óxido de carbono.
 - 59.—Intoxicación por los hongos.
 - 60.—Intoxicación por sustancias alimenticias.
- SEGUNDO GRUPO
- 1.—Exploración eléctrica de los nervios y músculos.
 - 2.—Punción cerebral.—Idem lumbar.—Idem exploradora.
 - 3.—Glucosurias.
 - 4.—Edemas.
 - 5.—Reflejos nerviosos.
 - 6.—Ictericia.
 - 7.—Alteraciones patológicas del lenguaje.
 - 8.—Radiografía y radioscopía en el examen del corazón y los grandes vasos.
 - 9.—Insuficiencia hepática.
 - 10.—Albuminurias.
 - 11.—Termometría.
 - 12.—Esfigmografía.—Esfigmomanometría.—Esfigmoglobometría.
 - 13.—Electrocardiografía.—Polígrafo de Makensie.
 - 14.—Taquicardias y bradicardias.
 - 15.—Arritmias.
 - 16.—Palpación del intestino.—Sensibilidad dolorosa del abdomen.
 - 17.—Gastroscofia.—Exploración radiológica del estómago.
 - 18.—Rectoscopia.—Exploración radiológica del intestino.
 - 19.—Datos que suministra á la clínica el examen de las heces fecales.
 - 20.—Cuadros hematológicos característicos de ciertas enfermedades, cuadro de Arneth.
 - 21.—Estudio fisiológico del pulso arterial.
 - 22.—La percusión en el pulmón normal y en las pleuro y pneumopatías.
 - 23.—La auscultación en el pulmón normal y en las pleuro y pneumopatías.
 - 24.—Auscultación del corazón normal y en las cardiopatías.
 - 25.—La macidez cardíaca absoluta y relativa normal y patológica.
 - 26.—Métodos para la determinación de la motilidad, qui mismo y absorción intestinal.
 - 27.—Análisis de los sedimentos de la orina.
 - 28.—Análisis de esputos.
 - 29.—Exploración de los enfermos mentales.
 - 30.—Tipos de anestesia en las diversas neuropatías.
 - 31.—Eretismo y susceptibilidad medicamentosa.—Anafilaxia.
 - 32.—Estudio de las incompatibilidades medicamentosas.
 - 33.—Quimioterapia y concepto quimioterápico de Ehrlich.
 - 34.—Opoterapia y organoterapia.—Fundamento de estos métodos terapéuticos.
 - 35.—Estado coloidal.—Preparación y utilización de los metales coloidales en Terapéutica.
 - 36.—La acción hipnótica y las funciones químicas aldehído y acetona.
 - 37.—Estudio de las quinonas desde el punto de vista de la acción purgante. Otros purgantes sintéticos.
 - 38.—Estudio de los compuestos oxidados de nitrógeno,

preferentemente desde el punto de vista de la vasodilatación.

39.—Acción anestésica local.—El benzoilo y los cuerpos orgánicos en cuya molécula entra este radical como anestésicos locales.

40.—La analgesia y la antipirexia.—Analogías entre todos los cuerpos que desenvuelven estas acciones terapéuticas.

41.—La seroterapia como procedimiento terapéutico.—Mecanismo general de la preparación de sueros y estudio de los más importantes.

42.—Bacterioterapia y vacunoterapia.—Estudio general de estos métodos terapéuticos.

43.—Mecanismo de producción de las corrientes llamadas de gran frecuencia y alta tensión.—Su acción fisiológica y aplicaciones terapéuticas.

44.—Los compuestos orgánicos de arsénico y su utilización en Terapéutica.

45.—¿Cómo se absorbe, cómo circula y cómo se elimina el mercurio?—Distintas teorías que lo explican.

46.—Fermentaciones.—Naturaleza y mecanismo de los fermentos.—Cuerpos catalizadores.—Aplicaciones terapéuticas que se infieren de estos conceptos.

47.—Estudio farmacológico de los purgantes no sintéticos.

48.—Farmacodinamia de los purgantes.—Teorías que explican la acción purgante.

49.—Importancia terapéutica actual de los antimoniales.—Compuestos inorgánicos y orgánicos de antimonio.

50.—El hierro en el organismo.—Farmacodinamia y aplicaciones terapéuticas del hierro.

51.—Derivados del metano que se utilizan en Terapéutica.

52.—La acción antiséptica en Terapéutica.—Antisépticos inorgánicos.—Farmacología y farmacodinamia.

53.—Analogías y diferencias químicas entre los antisépticos orgánicos que se utilizan en Terapéutica.—Estudio farmacológico de los más importantes.

54.—El iodo en la naturaleza y en el organismo.—Estudio farmacológico de los compuestos de iodo que se utilizan en Terapéutica.

55.—La farmacodinamia y la terapéutica del iodo.

56.—Principios activos de los cafeicos.—Su acción fisiológica y terapéutica.—¿Qué valor puede darse á los conceptos de medicación estimulante y tónica?

57.—Digital.—Estudio comparativo de los distintos preparados de la planta y de los principios activos que se emplean en Terapéutica.

58.—Farmacología y farmacodinamia de la adormidera, del opio y de sus alcaloides.

59.—Solanáceas más importantes que se estudian en Terapéutica.—Acciones fisiológicas y aplicaciones terapéuticas.

60.—Estudio farmacológico de las plantas rubiáceas que se utilizan en Terapéutica, con preferencia la quina.

TERCER GRUPO

1.—Colibacilosis y paracolibacilosis.—Bacteriología.—Formas clínicas de la infección colibacilar.—Diagnóstico de la infección colibacilar.

2.—Formas clínicas de la fiebre tifoidea y complicaciones.

3.—Diagnóstico diferencial de la fiebre tifoidea.

4.—Tratamiento de la fiebre tifoidea.

5.—Cólera asiático.—Etiología.—Evolución.—Clínica del cólera asiático y sus formas clínicas.

6.—Diagnóstico, profilaxis y tratamiento del cólera asiático.

7.—Peste.—Su etiología.—Formas clínicas.—Profilaxis y tratamiento.

8.—Gripe.—Estudio clínico.

9.—Tifus exantemático.—Su etiología.—Sintomatología de cada uno de sus períodos.—Diagnóstico.—Profilaxis y tratamiento.

10.—Rabia.—Etiología.—Evolución clínica y síntomas que caracterizan sus períodos.—Tipos anatomoclínicos.—Tratamiento.

11.—Reumatismo articular agudo.—Su sintomatología y evolución.

12.—Paludismo.—Su etiología.—Formas clínicas.

13.—Ankilostomiasis.—Su etiología.—Sintomatología.—Profilaxis y tratamiento.

14.—Coma diabético.—Sus causas.—Síntomas y diagnóstico diferencial con otros estados comatosos.—Tratamiento.

15.—Anemia perniciosa progresiva.—Causas, síntomas y alteraciones de la sangre.—Diagnóstico y tratamiento.

16.—Púrpura hemorrágica.—Etiología, síntomas y tratamiento.

17.—Diagnóstico clínico de las esplenomegalias.

18.—Pericarditis.—Sus causas.—Formas clínicas.—Signos físicos y síntomas de cada una.

19.—Endocarditis.—Sus causas.—Formas clínicas.—Síntomas.

20.—Insuficiencia mitral.—Sus causas.—Signos físicos y síntomas funcionales.

21.—Estrechez mitral.—Sus causas particularmente de la estrechez mitral pura.—Signos físicos y funcionales.

22.—Insuficiencia aórtica.—Sus formas.—Signos físicos y funcionales inherentes á sus variedades.

23.—Miocarditis aguda.—Formas que se admiten.—Sus causas y sintomatología.

24.—Miocarditis crónica.—Sus causas.—Sintomatología y diagnóstico.

25.—Angina de pecho.—Causas.—Síntomas.—Diagnóstico, especialmente con las pseudo-anginas.—Tratamiento.

26.—Arterioesclerosis.—Causas.—Síntomas.—Evolución y tratamiento.

27.—Aneurisma aórtico.—Sus signos físicos y funcionales.

28.—Bronquitis crónica y bronquiectasia.

29.—Asma.—Su etiología.—Síntomas.—Diagnóstico con otros estados accesionales de disnea.—Tratamiento.

30.—Enfisema pulmonar.—Etiología.—Síntomas.—Tratamiento médico y quirúrgico.

31.—Diagnóstico de la hemoptisis tuberculosa.—Tratamiento.

32.—Edema agudo del pulmón.—Etiología.—Síntomas.—Curso y tratamiento.

33.—Neumonía aguda.—Etiología.—Sintomatología y evolución clínica.

34.—Diagnóstico de la pulmonía.—Pronóstico y elementos que lo informan.—Tratamiento.

35.—Bronconeumonía.—Etiología y agentes infecciosos que la determinan.—Síntomas y tratamiento.

36.—Neumoconiosis y gangrena pulmonar

37.—Granulía.—Su etiología.—Formas clínicas de infección generalizada y formas torácicas.—Sintomatología.

38.—Tuberculosis pulmonar crónica.—Formas clínicas.

39.—Pleuresías purulentas.—Su etiología.—Síntomas.—Diagnóstico de las pleuresías enquistadas, interlobulares, mediastínicas y diafragmáticas.

- 40.—Pneumotórax.—Evolución y sintomatología.—Diagnóstico diferencial con el enfisema pulmonar, la pleuresía y el absceso gaseoso subfrénico.—Tratamiento.
- 41.—Tumores del mediastino.—Sus variedades.—Signos físicos y funcionales.
- 42.—Úlcera del estómago.—Su sintomatología.—Complicaciones más importantes.—Tratamiento.
- 43.—Cáncer del estómago.—Sintomatología.—Diagnóstico precoz y topográfico.—Tratamiento.
- 44.—Úlcera del duodeno.—Sintomatología.—Diagnóstico y tratamiento.
- 45.—Cáncer del páncreas.—Sintomatología.—Diagnóstico con el cáncer de las vías biliares, con la litiasis biliar y las cirrosis biliares.
- 46.—Angiocolitis.—Sus causas.—Sintomatología y diagnóstico.
- 47.—Abscesos de hígado.—Causas.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial.—Tratamiento.
- 48.—Cirrosis atrofica.—Síntomas y diagnóstico.—Tratamiento.
- 49.—Cirrosis hipertrófica biliar de Hanot.—Sintomatología.—Diagnóstico.
- 50.—Nefritis agudas y subagudas.—Causas.—Sintomatología.—Tratamiento.
- 51.—Nefritis intersticial.—Causas.—Síntomas.—Evolución.
- 52.—Enfermedad de Addison.—Sintomatología.—Curso.—Tratamiento.
- 53.—Hemiplejia cerebral.—Síntomas.—Diagnóstico diferencial con la hemiplejia histérica.—Diagnóstico del sitio de la lesión que la origina.
- 54.—Hemorragia cerebral.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial del coma apoplético con los principales estados comatosos.
- 55.—Meningitis cerebro espinal epidémica.—Síntomas.—Formas de evolución.—Diagnóstico.—Tratamiento.
- 56.—Esclerosis en placas.—Sintomatología.—Formas clínicas.—Enfermedades con las cuales puede confundirse y su diferencia.
- 57.—Tabes dorsal.—Etiología.—Patogenia.—Diagnóstico.
- 58.—Atrofia muscular miopática progresiva.—Síntomas y formas que se admiten.
- 59.—Epilepsia.—Síntomas.—Diagnóstico.
- 60.—Parálisis general progresiva.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Tratamiento.
- 7.—Estudio del shock traumático.—Definición.—Patogenia.—Formas clínicas.—Pronóstico y tratamiento.
- 8.—Tratamiento de las infecciones sépticas locales.—Hiperemia de Bier.—Técnica é indicaciones.—Tratamiento de la supuración aguda.
- 9.—Sépticemia.—Concepto de esta enfermedad.—Etiología.—Anatomía patológica.—Síntomas.—Pronóstico y tratamiento.
- 10.—Flemón difuso.—Etiología.—Anatomía patológica.—Síntomas.—Diagnóstico y tratamiento.
- 11.—Pústula maligna.—Etiología.—Descripción del agente causal.—Formas clínicas.—Tratamiento local.—Seroterapia.
- 12.—Tétanos.—Etiología y patogenia.—Tratamiento.
- 13.—Síntomas de los tumores malignos en general.—Síntomas locales.—Síntomas generales.—Patogenia de la caquexia.
- 14.—Adenoma.—Anatomía patológica.—Topografía.—Síntomas.—Tratamiento.
- 15.—Linfoadenoma.—Definición.—Descripción de las distintas formas anatomopatológicas de este tumor.—Patogenia.—Síntomas.—Tratamiento.
- 16.—Angioma.—Definición.—Clasificación de los angiomas.—Anatomía patológica.—Síntomas.—Diagnóstico y tratamiento.
- 17.—Tratamiento de los neoplasmas.—Profiláctico.—Curativo.—Indicaciones de la extirpación radical.—Tratamiento de los tumores inoperables.
- 18.—Linfangitis aguda.—División.—Anatomía patológica.—Síntomas.—Formas clínicas.—Tratamiento.
- 19.—Quemaduras.—Lesiones locales que produce el aumento de temperatura.—Síntomas generales.—Patogenia de la muerte por quemadura.
- 20.—Fracturas del cuello femoral.—Anatomía patológica.—Síntomas.—Diagnóstico y tratamiento.
- 21.—Fracturas abiertas.—Etiología.—Anatomía patológica.—Tratamiento.
- 22.—Tratamiento cruento de las fracturas de los huesos largos.
- 23.—Tratamiento incruento de las fracturas de los huesos largos.
- 24.—Fracturas maleolares.—División y patogenia de cada una de sus variedades.—Síntomas.—Pronóstico.—Tratamiento.
- 25.—Clasificación de las fracturas de la extremidad superior del húmero.—Fracturas del cuello quirúrgico.—Etiología.—Anatomía patológica.—Síntomas.—Diagnóstico y tratamiento.
- 26.—Tuberculosis de los huesos.—Etiología.—Lesiones circunscritas y difusas.—Sintomatología.—Períodos que pueden admitirse.—Diagnóstico diferencial.—Tratamiento.
- 27.—Osteomielitis de los adolescentes.—Sinonimia.—Etiología y patogenia.—Síntomas.—Formas clínicas.—Tratamiento.
- 28.—Hidrartrosis.—Concepto de esta afección.—División etiológica.—Síntomas de las hidrartrosis en general.—Diagnóstico etiológico.—Tratamiento.
- 29.—Artritis tuberculosas.—Síntomas de las artritis tuberculosas en general.—Anatomía patológica.
- 30.—De las anquilosis.—Etiología.—Patogenia.—División.—Anatomía patológica.—Tratamiento.
- 31.—Luxaciones de la articulación de la cadera.—Clasificación.—Estudio de las luxaciones posteriores.—Patogenia.—Síntomas y tratamiento.
- 32.—Examen clínico de la cadera.—Inspección.—Mensuración.—Palpación.—Examen funcional.

CUARTO GRUPO

- 1.—Anestesia general.—Cuerpos que se emplean para obtenerla.—Teorías acerca de la manera de obrar de los anestésicos.—Estudio comparativo de las anestésias por el cloroformo y por el éter.
- 2.—Del empleo de los anestésicos locales en las operaciones de la extremidad superior.
- 3.—La hemorragia como complicación de los traumatismos.—Tratamiento.—Práctica de la transfusión sanguínea.
- 4.—Heridas por arma de fuego.—Efecto de los proyectiles y teorías acerca de su manera de obrar.
- 5.—Heridas por avulsión.—Particularidades de estos traumatismos en cuanto á su etiología.—Lesiones.—Sintomatología y tratamiento.
- 6.—Heridas de los nervios.—Anatomía patológica.—Proceso de regeneración de los nervios.—Síntomas.—Tratamiento.

33.—Fractura de la extremidad inferior del radio.—Sinonimia.—Mecanismo de producción.—Anatomía patológica.—Síntomas y tratamiento.

34.—Métodos de reducción de las luxaciones del hombro.—Tratamiento de las luxaciones antiguas.—Tratamiento de las luxaciones recidivantes.

35.—Hernia umbilical.—Hernia umbilical congénita.—Hernia umbilical adquirida.—Síntomas.—Anatomía patológica.—Tratamiento.

36.—Quistes hidatídicos del hígado.—Etiología.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Anatomía patológica.—Complicaciones.

37.—Tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago.—Indicaciones de la intervención quirúrgica y juicio acerca del valor de las operaciones que pueden practicarse en esta enfermedad.

38.—Tratamiento quirúrgico de la ascitis.

39.—Contusión del abdomen.—Lesiones que en las vísceras abdominales pueden producir los agentes contundentes.—Síntomas.—Indicaciones de la laparotomía.

(Se concluirá)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 718,40; mínima, 704,49; temperatura máxima, 27°3; mínima, 9°0; vientos dominantes, N, NE y NNE.

Durante la semana última no ha presentado variación alguna el carácter de la enfermería de la capital, y si una ligera disminución en la intensidad de los padecimientos que han determinado mayor mortalidad. Conviene sin duda á la salud general que ceda la sequedad atmosférica y que algunas lluvias limpien el ambiente y el alcantarillado. Siguen los estados catarrales, los procesos agudos del aparato respiratorio y especialmente las fluxiones nasales. Las infecciones abdominales son algo frecuentes y mantienen una mortalidad superior á la normal. Lo que cede muy lentamente es la epidemia de escarlatina y se observan de nuevo casos de difteria y sarampión.

En la infancia las fiebres eruptivas en general mantienen una mortalidad crecida.

Crónicas.

Médicos alumnos.—Por Real orden fecha 26 de Septiembre se nombran médicos alumnos de la Academia Médico-Militar á los 35 aspirantes aprobados en todos los ejercicios, que figuran en la siguiente relación, teniendo en cuenta que D. Carlos Tóbar Mediano, á quien se le concedió derecho para tomar parte en las oposiciones por Real orden de 18 de Julio último, deberá llenar los requisitos que en ella se expresan dentro del plazo de veinte días, á partir de esta fecha:

D. Teodosio Leal y Crespo, D. Octavio Sostre Cortés, D. Teófilo Rebollar Rodríguez, D. José Bañón Jiménez, don Angel Martín Monzón, D. Miguel Benzo Cano, D. Rafael Olivares Bel, D. Florentín Mayol de la Riva, D. Juan Herrera é Irastorza, D. Enrique Blasco Salas, D. Ricardo Garell y de la Cámara, D. Manuel Noriega Muñoz, D. José Cartelle Braje, D. Tomás Oliver Díaz, D. Ramiro Ciancas Rodríguez, D. José Espina y Rull, D. José Rosales Gutiérrez, D. Ramón Jiménez, Muñoz, D. Román Sierra Fornies, don José Duerto Serón, D. Eduardo García Sánchez, D. Angel Fernández Cámara, D. Antonio Crespo Alvarez, D. José Jover y Jover, D. Ricardo de la Fuente Pardo, D. Cecilio Hernández González, D. José Diaz Rodríguez, D. Miguel Sayalero y Martínez Delgado, D. Narciso Barbero Tirado, D. Fernando López Laza, D. José Buera Sánchez, D. César Pedraza Cordón, D. José Frapolli Ricca, D. Carlos de la Calleja y Hacar y D. Carlos Tóbar Mediano.

Profesor interino.—En virtud de lo dispuesto en el Real decreto de 30 de Agosto último, S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien nombrar profesor interino de Higiene escolar de la Escuela de Estudios Superiores del Magisterio á D. Manuel de Tolosa Latour, director jefe de la Inspección médico escolar.

Estima muy acertado este nombramiento.

Indispensable á los viajeros y hombres de negocios



Adoptados de R. O. por los Ministerios de Guerra y Marina

PREVIO INFORME DE LA JUNTA SUPERIOR FACULTATIVA DE SANIDAD
— RECOMENDADOS POR LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE GRANADA —

Han merecido la Cruz de 2.ª clase del Mérito Militar y la de 3.ª clase del Mérito Naval

CURAN INMEDIATAMENTE como ningún otro remedio empleado hasta el día toda clase de

INDISPOSICIONES DEL TUBO DIGESTIVO

Vómitos y diarreas de los Tísicos, de los Viejos, de los Niños

CÓLERA, TIFUS, DISENTERIA,

VÓMITOS DE LAS EMBARAZADAS Y DE LOS NIÑOS

CATARROS Y ÚLCERAS DEL ESTÓMAGO

PIROXIS CON ERUPTOS FÉTIDOS

REUMATISMO Y AFECCIONES HÚMEDAS DE LA PIEL

No hay que aislar á 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 á pincelar la garganta, con aceite de olivas 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 á 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 á dicha enfermedad, teniendo la ventaja de poder tener al enfermito en comunicación con los demás niños.

El Sr. Lorente (de Estella) puede afirmar también los buenos resultados que se obtienen con las pincelaciones en la garganta con glicerina fenicada, que por ser dulce lo aceptan mejor los niños, así como con los baños generales templados para conseguir la más pronta descamación y hacer inocuo al enfermo para con los demás niños, evitando al mismo tiempo las complicaciones por retropulsión tan frecuentes en dicha enfermedad, á cuyos baños podría echarse una cantidad de esencia de eucalipto pura, siendo de esta forma su contacto con la piel más completo que lo que pudiera serlo por fricciones y consiguiéndose así mejor los efectos fisioterápicos que se propone uno conseguir.

Obituario.—Ha fallecido en Zaragoza D. José Pastor Armengol, padre del distinguido redactor de *Hojas Médicas* y secretario del Colegio de Médicos de dicha provincia, don Eduardo Pastor y Guillén, á quien acompañamos en su inmensa pena.

También ha fallecido en Madrid, momentos después de haber regresado de Mira al Campo con el conde de Roma-

ones, el reputado doctor, médico del Hospital de la Princesa y del Congreso de los Diputados, D. Juan López Pelegrín.

Al entierro del Sr. López Pelegrín, presidido por el conde de Romanones, por D. Miguel López Pelegrín, hermano del finado, y por el Dr. Gabaldón, su hermano político, asistió numerosa concurrencia.

Enviamos nuestro sentido pésame á la atribulada viuda y á la distinguida familia del Sr. López Pelegrín.

Phosphorrenal Robert.



Reconstituyente, Granular,
::: Elixir, Inyectable :::

Preparado por
JOSE ROBERT Y SOLER
Ingeniero-Químico y Farmacéutico.

Farmacia Robert: Lauria, 74, Barcelona.

Traslado de Cátedra.—De conformidad con el derecho que el Real decreto de 15 de Agosto de 1907 reconoce, y accediendo á lo solicitado por D. Juan Manuel Pineda y García de los Ríos, se le ha nombrado catedrático numerario de Ginecología de la Facultad de Medicina de Cádiz, con el mismo sueldo anual que actualmente percibe, como comprendido en la Sección 8.ª del escalafón. Por consecuencia de este nombramiento, queda vacante la Cátedra de Obstetricia que el interesado desempeñaba en la misma Facultad.

INSTITUTO DE VACUNACION DE TERNERA

Premiado con medalla de oro

Dirigido por el Dr. Balaguer.

Precio para los señores médicos.

Un tubo con vacuna para dos ó tres personas y lanceta aséptica, 2 pesetas.

Un wial con vacuna para 10 ó 12 personas y lancetas asépticas, 6 pesetas.

Se remite á provincias.

Preciados, 25, Madrid.

Obras recibidas.—En los últimos días hemos recibido las siguientes obras:

Técnica de un nuevo procedimiento de histerectomía abdominal subtotal para fibromas uterinos ó anexitis. Trabajo presentado al V Congreso Médico-Latino-Americano, VI Pan-Americano, por el Dr. D. Constantino T. Carvalho, profesor de Clínica Ginecológica en la Facultad de Medicina de Lima (Perú), 1914.

—*Tuberculosis genital prematura en la mujer*, por el ilustrado y joven médico de Zaragoza, Dr. D. Ricardo Horno Al corta.

—*Vías lagrimales y contribución al tratamiento de la dacriocistitis.* Tesis de Doctorado de D. José Zurita y Gómez. Algeciras, 1914.

—*Fiebre de Malta*, por D. Jerónimo Durán de Cottes. Interesante estudio clínico y bacteriológico.

—*Las nuevas adquisiciones de la anestesia local por la novocaina.* Tesis de Doctorado, que mereció la nota de sobresaliente, de D. Aurelio Boned y Merchán.

—*Someras consideraciones al tratamiento de las fracturas*, por D. Emilio Cardoner. Notable discurso leído en la XVII Asamblea anual celebrada el 16 de Septiembre, por el Colegio Médico de Gerona, en la ciudad de Olot.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc. **Frasco, 2,50 pesetas.** Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, Madrid.

Congreso de la Prensa no diaria.—He aquí 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 á todos los que se suscribiesen.

2.º Podrán tomar parte en el Congreso todos los españoles que figuren en cualquier empresa periodística, ya fuese con el carácter literario ó administrativo y tanto pertenezca á la Prensa diaria ó 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 á 50 pesetas.

b) Congresistas corporativos, los que paguen cuota de 25 pesetas.

(Las categorías a y b tendrán derecho á 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 inscritos al Congreso un notable programa de fiestas y excursiones.

Al presente número acompaña un suplemento, cuya lectura recomendamos, sobre los productos farmacéuticos **Fimol** y **Laxen Busto**, preparados por el Dr. Busto, de Madrid.

Cura creno-climática de Panticosa.—El ilustrado médico-director del balneario de Panticosa, Sr. D. Manuel Millaruelo, nos ha remitido un folleto con el título arriba apuntado, y es un acabado estudio presentado al Congreso de Hidrología celebrado en esta Corte el año último.

Recomendamos á médicos y enfermos la lectura de tan interesante folleto.

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 á 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 á 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).

CHINEONAL

Nueva preparación de quinina de efectos sedativos reforzados.
INDICACIONES: Fiebre infecciosa con agitación y dolores, Neuralgias, Tos ferina.

LUMINAL

Nuevo y potente hipnótico.

En particular útil en la Psiquiatría, en Agitaciones graves y en la Epilepsia.
LUMINAL SÓDICO, aplicable subcutáneamente.

VERONAL

Hipnótico de acción segura para la práctica diaria.

VERONAL SÓDICO, muy favorable contra el mareo y malestar en los viajes en ferrocarril.

Muestras y literatura á la disposición de los Sres. Médicos.

E. MERCK, Fábrica de Productos Químicos, **DARMSTADT**

Representante y depositario: **J. PEDRET GARRIGA**, Cortes, 702, **BARCELONA**

Laboratorio de vendajes asépticos y antisépticos

Fundado en 1880 (1.º en España)

DEL

DR. CEA, VALLADOLID

Primer proveedor que fué del Ejército y de la Armada del material de curación antiséptica.

CATALOGOS Y PRECIOS

PARA LA VENTA AL POR MAYOR

MATERIAL DE CURACION ASEPTICO

Conservación permanente de la asepsia por medio de cubiertas de cristal selladas a lámpara.

Procedimiento con patente de invención.

NUEVOS PREPARADOS

Compresas quirúrgicas de gasa hidrófila asépticas

— Compresas tóxicológicas asépticas de 15 centímetros por 20 y de 15 por 30 (modelo del doctor Gutiérrez).

— Esponjas artificiales asépticas. (Torundas)

— Vendas enyesadas.

Elaboración de especialidades farmacéuticas. Véase catálogo



TÓNICO - RECONSTITUYENTE Y ANTINEURASTENICO

ELIXIR-MEDINA DE "DAMIANA," COMPUESTO

(Damiana, kola, cal asimilable, fósforo, glicerofosfatos).

Este medicamento, tan recomendado ya hoy por la clase médica, por los maravillosos resultados que está produciendo, reanima la *nutrición nerviosa*, combate la *depresión mental*, producida muchas veces por *excesivo trabajo intelectual*, siendo de efectos seguros en la *curación de la anemia*, *debilidad nerviosa*, *empobrecimiento orgánico*, *convalecencia de enfermedades graves*, *raquitismo*, *escurfula*, *fosfaturia*, tonificando los *centros nerviosos* y el *corazón*, y constituyendo el más poderoso remedio contra la *neurastenia*.—Pídase siempre *Elixir Medina de «Damiana» compuesto*.

FARMACIA DE MEDINA, SERRANO, 36, MADRID

Vacantes.

De médico.

La de Fresneda de la Sierra (Burgos), dotada con el sueldo anual de 750 pesetas, pagadas de los fondos municipales y por trimestres vencidos, por la asistencia de familias pobres y casos de oficio. El agraciado puede contratar las iguales con 140 vecinos pudientes de la misma, su anejo de Pradilla y el pueblo de San Vicente del Valle, distantes el primero á un kilómetro y medio y el segundo á dos por carretera ó buen camino, los que pagarán anualmente 2.000 pesetas, también por trimestres vencidos, casa gratuita en buenas condiciones para vivir, leña para el consumo de su hogar, ó en otro caso una peseta por vecino de los de esta villa solamente. Asimismo el dicho agraciado cobrará 500 pesetas próximamente de los vecinos pudientes de Santa Olalla del Valle y Espinosa del Monte, por hallarse con los mismos contratados, cuyos pueblos se hallan inmediatos á esta villa. Los que deseen solicitarlo, que habrán de ser licenciados en Medicina y Cirugía, pueden dirigir sus solicitudes documentadas á esta Alcaldía, hasta el 20 de Octubre.—Fresneda de la Sierra 20 de Septiembre de 1914.—El alcalde, *Higinio Tendero*.

—La de Manzaneque (Toledo), por renuncia del que la desempeña, desde el día 31 del corriente mes, dotada con 750 pesetas por el Ayuntamiento; además, una sociedad particular le responde de 1.500 pesetas en concepto de iguales. Ambas cantidades son anuales y pagadas por meses vencidos. El pueblo es sano y consta de 180 vecinos. Se encuentra situado á 500 metros de la estación de la línea férrea de Madrid á Badajoz. Dista seis kilómetros de Orgaz (cabeza de

partido) y cuatro de Mora de Toledo; tiene 636 habitantes. Solicitudes por treinta días, debidamente documentadas y dirigidas al señor alcalde.—Manzanaque, 4 de Octubre de 1914.—El alcalde, *Hilario Sánchez*.

—La de Valvieja (Segovia) y sus anejos Saldaña, Ribota y su agregado Aldealázaro, por dimisión, dotada con el sueldo de 1.000 pesetas anuales, pagadas por trimestres vencidos de los fondos municipales, por la asistencia de doce familias pobres y casos de oficio que puedan ocurrir. El agraciado queda en libertad de contratar las iguales con los vecinos pudientes del partido médico. Solicitudes hasta el 25 de Octubre al alcalde D. Raimundo Martín.

Datos.—Lugar de 275 habitantes, á 16 kilómetros de la cabeza de partido, que es Santa María de Nieva, y 90 de la capital; la estación más próxima, San Esteban de Gormaz, á 21 kilómetros.

—La de Lépera (Zaragoza), por defunción, dotada con el haber anual de 735,40 pesetas, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal, mas las iguales con los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 23 de Octubre al alcalde D. Domingo Casao.

Datos.—Villa de 1.997 habitantes, á 12 kilómetros de Belchite, que es la cabeza de partido; tiene estación de ferrocarril.

—La de Monreal de Ariza (Zaragoza), por traslado del médico que la desempeñaba, con la dotación anual de 750 pesetas, satisfechas por trimestres vencidos del presupuesto municipal por el concepto de Beneficencia, más 1.750 pesetas á 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 á 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, como también las de Molinos que existen dentro del término. Los señores licenciados en Medicina y Cirugía que deseen solicitar la plaza vacante, dirigirán sus instancias documentadas á esta Alcaldía por el término de quince días contados desde la inserción de este anuncio en el *Boletín Oficial*, pasados los cuales se proveerá.—Monreal de Ariza 6 de Octubre de 1914.—El alcalde accidental, *Cándido Utrilla*.

—La de Navajún (Logroño), por dimisión del que la desempeñaba por espacio de nueve años, y sus anejos Valdeprado, Valdemadera y Valdenegrillos, distante el pueblo que más, tres kilómetros, con el sueldo anual de 200 pesetas, pagadas por trimestres vencidos por cuenta del presupuesto municipal. El agraciado percibirá en concepto de iguales 2.700 pesetas pagadas por cuenta de los vecinos pudientes del partido. Solicitudes debidamente documentadas hasta el 30 de Octubre al alcalde D. Bernardo Bachiller.

Datos.—Lugar de 336 habitantes, á 20 kilómetros de la cabeza de partido y 100 de la capital: la estación más próxima, Castejón, á 58 kilómetros.

—La de Paracuellos de Jiloca (Zaragoza), por dimisión, su dotación consiste en 750 pesetas, pagadas por trimestres vencidos del presupuesto municipal, y 1.550 que se calcula ascienden las iguales que concierte con los vecinos. Solicitudes hasta el 30 de Octubre al alcalde D. Joaquín España.

Datos.—Lugar de 730 habitantes, á 13 kilómetros de la cabeza de partido, que es Calatayud, y estación más próxima.

—La de Cuesta (Segovia), por dimisión, dotada con el sueldo anual de 750 pesetas por la asistencia de 20 familias pobres y casos de oficio, mas lo que le produzca las iguales con los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 30 de Octubre al alcalde D. Hipólito Robledo.

Datos.—Lugar de 649 habi-

tantes, á 28 kilómetros de la capital, que es la estación más próxima.

—La de Ejulve (Teruel), por falta de aspirantes en la anterior convocatoria, su dotación consiste en 1.000 pesetas por titular y 1.875 por capitular, pagadas por una Junta que responde al pago en dos semestres. Solicitudes hasta el 1.º de Noviembre al alcalde D. Felipe Pascual.

Datos.—Villa de 1.220 habitantes, á 20 kilómetros de la cabeza de partido, Asierglo, y 87 de la capital: la estación más próxima, Alcañiz, á 55 kilómetros.

—La de Cubo de Bureba y sus agrupados Fuentebureba, Calzada de Bureba y Zuñeda, distantes estos pueblos del primero por carretera 2 y 3 kilómetros Cruzan las carreteras de Madrid á Irún y la de Santander por esta villa. La estación más próxima está en el agregado Calzada de Bureba, á 3 kilómetros. Distancia á la capital de provincia (Burgos), 55 kilómetros, y 14 á la cabeza del partido judicial, que es Briviesca. Dotación anual, 300 fanegas de trigo de buena calidad pagadas en el mes de Septiembre por una Junta de representantes de los Ayuntamientos y vecindarios en el domicilio del profesor Solicitudes al alcalde que suscribe hasta el 30 de Octubre, acreditando méritos que es lo que ha de tenerse en cuenta para hacer el nombramiento.—El alcalde, *Teófilo Arroyo*.

—La de Hontanaya (Cuenca), por dimisión, dotada con el sueldo anual de 2.875 pesetas, pagadas por trimestres vencidos por una Comisión del Ayuntamiento y además casa para vivir si es casado, con la obligación de asistir á las familias pobres de la actualidad. Solicitudes por treinta días á contar desde el día de su publicación dirigidas al señor alcalde D. Salustiano Pinedo Ramos.

Datos.—Villa con Ayuntamiento de 300 vecinos á 25 kilómetros de Belmonte, que es su partido judicial, y á 100 de Cuenca: su estación de ferrocarril más próxima, Tarancón, á 30 kilómetros.

Convocatoria.—La Sociedad de socorros mutuos de peluqueros barberos de Madrid anuncia á concurso las plazas de médico supernumerario de la misma con el haber anual de novecientas pesetas y la de suplente sin retribución; pero cobrando el haber que corresponde al médico suplido y por el tiempo que duren las suplencias.

Las condiciones exigidas por la Sociedad son las que prescribe el reglamento de la misma, de las que pueden enterarse los interesados en el domicilio del presidente, calle de Pelayo, 44, 3.º, todos los días, de una á tres de la tarde y de ocho á diez de la noche.

Las solicitudes serán admitidas en el mismo domicilio hasta el día 30 del actual mes de Octubre.


Imprenta ENRIQUE TEODORO
TELÉFONO 552 — Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1. — MADRID

Anusol quita en el acto los dolores más agudos.
Anusol facilita una evacuación sin dolor alguno
 y hace desaparecer la constipación.
Anusol es absolutamente inofensivo.

Hemorroides

Rp.

1 Caja supositorios de Anusol Goedecke
 para introducir en el recto un supositorio por
 la mañana y noche.



Se enviarán literatura y muestra gratuitas a los Srs. Médicos.
 E. y. I. A. Riera—Suc^{tes} de Alfredo Riera e Hijos.—Napoles 166 Barcelona.