

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

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

P. ARIAS CARVAJAL

De la Beneficencia Municipal de Madrid.

J. DE AZÚA

Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.

L. CARDENAL

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

V. GOYANES

Profesor del Instituto Alfonso XIII.

L. ELIZAGARAY

Médico del Hospital General de Madrid.

A. FERNÁNDEZ

Alumno de Medicina.

M. GAYARRE

Director de los Manicomios de Ciempozuelos.

A. GARCÍA TAPIA

Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.

J. GÓMEZ OCAÑA

Catedrático, Senador, Académico de la Real Nacional de Medicina.

GONZÁLEZ AGUILAR

Director-Médico del Instituto Cervantes.

J. GOYANES

Cirujano del Hospital General de Madrid.

B. HERNÁNDEZ BRIZ

Médico Jefe de la Inoculosa y Colegio de la Paz.

T. HERNANDO

Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

J. MADINAVEITIA

Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

G. MARAÑÓN

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

A. MEDINA

Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.

B. NAVARRO CÁNOVAS

Profesor de Radiología del Hospital Militar.

J. ORTIZ DE LA TORRE

Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

S. PASCUAL Y RÍOS

Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.

A. PULIDO MARTÍN

Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

P. DEL RÍO HORTEGA

Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

G. RODRÍGUEZ LAFORA

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

F. TELLO

Sub-Inspector General de Sanidad

L. URRUTIA

Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Un caso de rinofima curado con radio, por los doctores J. y S. Ratera.—Principales caracteres clínicos del proceso de la crisis ó constitución morbosa, por el Dr. Camilo Calleja.—La sangría en la gripe. Acción de la heroína en la misma, por José González Castro.—La enseñanza de la dermosifilografía en la Universidad de New York, por el Dr. José Luis Carrera.—La inspiración terapéutica, por el Dr. Hernández Briz.—La Medicina y la guerra.—Cosas del siglo pasado: La reorganización sanitaria que pedían en 1851.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—Mitañ sanitario en Toledo.—La autonomía municipal y la Beneficencia y Sanidad, por E.—Sección oficial: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

UN CASO DE RINOFIMA CURADO CON RADIO

FOR LOS DOCTORES

J. y S. RATERA

El interés del caso que vamos á referir reside en la rareza de los casos publicados hasta ahora, pues fuera de los cuatro casos citados por Wickham en su libro de Radiumterapia (1) y de los tres casos citados por Degrais, primero en los Archives d'Electricité medicale (2) y luego en la comunicación hecha por este autor en el IV Congreso internacional para Fisioterapia (Berlín, 1913) (3), no se hallan más casos en la literatura, siendo por tanto muy pocos los publicados hasta la fecha.

Como se sabe, el rinofima se manifiesta por una hipertrofia total de la piel de la nariz, irregular, caracterizada desde el punto de vista anatomopatológico, por un aumento de las numerosas glándulas sebáceas de esta región y por una esclerosis del dermis, debido á un espesamiento inflamatorio del mismo, distinguiéndose en él dos variedades, según Leloir y Vidal, según que

predomine uno ú otro de dichos elementos: variedad glandular y variedad elefantiásica.

El caso tratado por nosotros no pertenecía francamente á ninguna de las dos variedades, participando tanto de una moderada hipertrofia de los tejidos de la nariz, como también de un aumento de las glándulas sebáceas de ésta.

Se trataba de un enfermo adulto, de recia complexión, que nos fué enviado por el distinguido dermatólogo Dr. Pardo Regidor, y que presentaba un aumento de volumen del lóbulo de la nariz, con estado congestivo de la misma, modificaciones que iban atenuándose hasta desaparecer un poco por encima de las alas de la nariz y de la mitad del dorso de ésta.

Estas modificaciones en el volumen y en el color al principio insignificantes, se fueron acentuando hasta llamar la atención del enfermo, quien viendo que no sólo no tenían tendencia á desaparecer, sino que iban cada vez en aumento, le decidieron á consultar al doctor Pardo Regidor á fin de ponerse en cura, quien inmediatamente le aconsejó las aplicaciones de radio y con este fin nos fué enviado.

Nosotros hicimos desde el primer momento la técnica preconizada por Degrais, utilizando los filtros pesados y le hicimos durante cuatro noches consecutivas cuatro aplicaciones de doce horas con una placa

(1) Wickham: Radiotherapie, 1912

(2) Traitement du rhinophima par le radium, Arch. d'Elect. méd., núm. 359, 25 Mayo 1917, pág. 449.

(3) Radiumbehandlung des Rhinophymas Strahlentherapie tome III, cuad. 1.º, 14 Agosto 1913, pág. 86.

circular de 25 centímetros de diámetro, conteniendo 16,4 miligramos de sulfato de radio, cuyas radiaciones fueron filtradas por dos milímetros de plomo. En cada aplicación se desplazaba algo el aparato del sitio colocado la noche anterior para atacar por igual á todos los tejidos enfermos.

Después de esta serie de aplicaciones hicimos descansar al enfermo cuarenta días, y al volver para que le hiciésemos nuevas irradiaciones se le halló ya muy mejorado, habiéndose aplanado mucho los tejidos de la nariz y descendido el color encarnado que tenía. En vista de esta mejoría, ya no se le hicieron nada más que tres aplicaciones, haciéndole descansar de nuevo, para volverle á ver pasados dos meses, hallándole en esta ocasión con los tejidos casi normales, haciéndole entonces por precaución sólo dos irradiaciones, una sobre cada ala de la nariz, para concluir de quitar un poco de coloración anormal que persistía y que era tan débil, que sólo poniendo atención se hacía apreciable.

Una modificación curiosa del elemento glandular sufrida por el enfermo durante el tratamiento es la citada por Degrais, que consiste en que bajo la acción del radio y paralelamente á la atrofia de las glándulas sebáceas, disminuyó mucho la secreción grasienta que tenía y se formaron pequeños tapones concretos que sólo á una determinada presión salieran de los orificios glandulares en forma de tubitos.

El mecanismo de la acción se deduce perfectamente por la que ejerce el radio tanto sobre las glándulas sebáceas, como sobre los angiomas. Sobre las primeras se traduce en una atrofia que se manifiesta desde el primer momento de la acción del radio, disminuyendo la substancia adiposa que llena las células y destruyéndose los núcleos que más adelante son reabsorbidos por fagocitosis.

Cuanto al elemento vascular, los estudios de Wickham y Degrais mencionados en el trabajo que presentaron, en colaboración con el Dr. Belot, al IV Congreso Internacional de Fisioterapia, en Berlín, 1913 (1), y los mencionados por los dos primeros autores en su libro de Radiumtherapie, han demostrado que en los angiomas irradiados no existen ya los numerosos capilares ingurgitados de sangre que existían antes, quedando limitados éstos á algunos raros vasos reducidos al estado de cintas estrechas, cuyas modificaciones recaen sobre el endotelio, que está formado por células salientes de núcleo grueso y cuyos protoplasmas que presentan prolongaciones, se anastomosan con los de las células vecinas y con los elementos conjuntivos vecinos y sobre el peritelio, que se hiperplasia, estando constituido entonces por células fusiformes de grueso núcleo, que cierran la luz estrechada del capilar.

La técnica seguida por nosotros ha facilitado el hacer uso del efecto electivo del radio, sin provocar reacciones cutáneas, que no han aparecido en ningún momento del tratamiento. Sin embargo, como indica muy bien Degrais, variará según los caracteres inherentes á

cada caso. De todos modos, dada la mayor electividad de las glándulas sebáceas hipertrofiadas podrá hacerse uso de ella en casi todos los casos, pues la acción del radio es casi inofensiva para las glándulas normales.

Diciembre, 1918.

Principales caracteres clínicos del proceso de la crisis ó constitución morbosa (1)

POR EL

DR. D. CAMILO CALLEJA

En resolución: al establecer en cada caso clínico el diagnóstico de la crisis, ó sea de la enfermedad universal que se halla caracterizada por desproporciones químicas entre los componentes comunes y difundidos por todos los individuos de la especie y por todos los órganos que integran el cuerpo humano, no diremos solamente que padecen una crisis buena ó una crisis mala (como se viene diciendo hasta ahora), sino que especificaremos el prototipo á que corresponde, precisando si padece oligocrasia, ó lipocrasia, ó pleocrasia, ó alipocrasia. Este orden en que acabamos de exponer los prototipos de la crisis es el orden correlativo de su frecuencia en la humanidad.

Además, en cada uno de esos prototipos hay que hacer constar la intensidad ó grado de las desproporciones que integran la crisis, lo cual se deduce de los antecedentes etiológicos (que serán el objeto especial de otro artículo). La designación del prototipo de la crisis en un sujeto nos sirve para fijar las dosis de los tratamientos, y para estimar ó pronosticar sus resultados, pero carecen de valor como antecedentes del juicio indicativo, porque las indicaciones propias de la crisis se inferen solamente del conocimiento de sus causas que son las causas autógenas comprendidas en los tres géneros de la etiología universal, á saber: ambiente, ingesta y trabajo voluntario.

B. Grados de intensidad

Además de la designación del prototipo de la crisis para dosificar y estimar las prescripciones reconstituyentes, es necesario reconocer la fase ó período de la crisis y también el grado de intensidad de las alteraciones constitucionales, precisando la participación que tengan en cada caso las alteraciones autógenas ó etiopáticas y las alteraciones en las que no se hallan sus causas determinantes, ó sean aquellas que reunidas reciben la denominación de idiopatía constitucional ó idiocrasia.

Vamos á establecer ahora los grados de intensidad de la crisis por ser la circunstancia que ha de averiguarse inmediatamente después de reconocer los prototipos que acabamos de mencionar. No basta con designar si es leve, subgrave ó grave; nos es preciso establecer una escala numérica de la gravedad. El grado de intensidad de la crisis puede depender de su complejidad etiológica según el número y la entidad de las causas autógenas que hayan influido en la determinación primaria de la crisis ó etiocrasia, y tam-

(1) WICKHAM, DEGRAIS Y BELOT: Die durch Strahlen hervorgerufenen histologischen Gewebesveränderungen-Strahlentherapie, tomo III, cuaderno 1.º, 14 Agosto 1913, página 64.

(1) Véase el número anterior.

bién según la relativa participación que tenga la idiopatía constitucional ó idiocrasis. Pero como ésta no se puede reconocer ó examinar directamente, sino que se deduce por exclusión de las afecciones autógenas primarias ó etiopáticas, sólo hemos de tratar aquí de estas últimas.

A este fin hemos de diferenciar las afecciones autógenas de la crisis en unicasales y multicasales, entendiendo que esta diferencia es convencional y relativa, denotando lo que ha de tenerse en cuenta para el tratamiento, y omitiendo lo que sea insignificante para la práctica. Denominamos unicasales aquellas crisis en las que prepondera solamente uno de los factores ó parciales etiopáticos, siendo insignificantes los demás y de escasa monta la idiopatía constitucional ó idiocrasis, y llamamos crisis multicasales las que ofrecen dos ó más factores predominantes sobre los demás parciales, con inclusión del idiopático, es decir, de la idiocrasis.

Las crisis unicasales pueden pertenecer á cualquiera de los tres géneros de etiocrasis, ó sea de las afecciones constitucionales primarias ó autógenas, á saber: 1) desproporciones por anormalidades autógenas del ambiente (disperímesis); 2) desproporciones por anormalidades autógenas del ingesta (distrefosis), y 3) desproporciones por anormalidades del trabajo humano (disponosis). Cada uno de estos géneros comprende varios subgéneros, según los diversos factores crasiógenos que le componen. Al primer género corresponden: a) el *automefitismo* (anormalidad ocasionada por la respiración de aire más ó menos confinado, pero sin contener cuerpos ni corpúsculos extraños al organismo); b) la *anauto-catarsis* (falta de limpieza autógena); c) la *anheliosis* (escasez de sol), y además las otras afecciones generales autógenas por mal ambiente que carecen de denominación especial, como las que provocan los extremos de temperatura, de presión atmosférica y del uso de vestidos antihigiénicos.

Al segundo género corresponden: a) las desproporciones alimenticias ó distrefosis totales, que son la inanición ó *atrefoxis* y la superalimentación ó *hipertrefosis*, y b) las desproporciones parciales que pueden ser ya de alimentos plásticos, ya energéticos, ya diortósicos ó reguladores, entre los cuales sólo se hace especial mención de las *avitaminosis* (escasez ó falta de vitaminas).

Al tercer género corresponden: a) las perturbaciones producidas por el trabajo corporal, por el mental y por el funcionamiento genital, según que estas actividades humanas sean excesivas ó deficientes ó mal reguladas.

Dada la variadísima complejidad de las crisis multicasales para marcar con alguna aproximación su grado de intensidad, conviene adoptar en la práctica una representación numérica, esto es, un índice del grado que alcance el complemento autógeno de la crisis. A este fin los datos que nos suministra el examen clínico respecto á los parciales integrantes de la crisis vendrán á compararse con las respuestas de un examinado, cuando se trata de aquilatar su suficiencia, siendo lo mejor el sistema de puntos. Representaremos por la cifra 3, ó sean 3 puntos, el grado menor, porque cuando concurren dos causas para producir un efecto morbífi-

co, el resultado es un producto mayor que la suma de los dos concurrentes. Luego aumentaremos en progresión creciente, según la complejidad ó número de parciales que entren á constituir la crisis; así el grado medio, lo representaremos por la cifra 4 y el mayor por 5. Pongamos un ejemplo de una discrasia triple producida por adiatimesis ó falta de ventilación de grado menor (= 3 puntos), por distrefosis de grado medio (= 4 puntos) y por disponosis de grado mayor (= 5 puntos). El índice pronóstico en este caso sería $3 \times 4 \times 5 = 60$ puntos, que será la cifra del índice de intensidad de aquel caso.

Es de advertir que no es un capricho el orden en que hemos colocado los parciales, sino que están según su frecuencia y á la vez en razón inversa de la gravedad de sus efectos. Así la falta de ventilación (adiatimesis), que pertenece al primer parcial, es el cofactor que predomina más frecuentemente, pero los otros por orden correlativo son de peor pronóstico.

Confesaremos que en este cálculo del índice discrático, lo mismo que en todos los cálculos de los problemas biológicos en general, no hay que pretender llegar á la exactitud, sino á una aproximación que nos permita fijar el lugar de cada caso en un orden ó grado correlativo.

C. Periodos de la crisis.

Distinguiremos tres periodos en la crisis ó constitución morbosa: primero, «eucrasia» ó *criptocrasia*; segundo, *metriocrasia* ó crisis media, y tercero, *caquistocrasia* ó fase caquética de la crisis.

En la primera fase—«eucrasia», ó mejor dicho *criptocrasia*—no se hallan de manifiesto las perturbaciones morbosas, sino que en esta fase mínima quedan latentes ó ocultas las alteraciones del individuo, á semejanza de lo que sucede durante la incubación de otras enfermedades. En la segunda fase—crisis media ó *metriocrasia*—las manifestaciones morbosas son las correspondientes al periodo de estado de las enfermedades en general, durante el cual hay la posibilidad de alternativas de mejoramiento, sin que el individuo haya llegado á presentar degeneraciones orgánicas bien patentes ni fenómenos de progresiva decadencia fatal. En la tercera fase—*caquistocrasia*, ó caquexia crasiopática—se marcan ya de un modo manifiesto degeneraciones orgánicas irrestituibles á la normalidad, y que siguen un curso progresivamente fatal sin casi lograr siquiera pasajeros mejoramientos efectivos; esto es, mejorías consistentes en algo más que una acción paliativa de los síntomas reaccionales.

Respecto al primer periodo nada tenemos que añadir á lo dicho, porque para la práctica no reclama atención especial por sí misma, sino solamente por los antecedentes propios del paciente, ó de sus progenitores que pudieran infundirnos temores sobre la índole de la *criptocrasia*.

Ha de tenerse muy en cuenta que cuando la crisis está latente ó oculta y se califica como «eucrasia» es en sentido relativo y convencional, pues se trata realmente de una fase inicial, en la cual no alcanzamos á

descubrir las alteraciones, correspondiendo por tanto a dicho estado el nombre de criptocrasia, y que si a esta fase la consideramos como una «predisposición» o diátesis ha de ser dando a estas palabras el significado real de enfermedad predisponente a otras enfermedades, y no suponer que sea una tendencia a enfermar, puesto que tal condición es un inconcebible enigma si se aplica a la crisis, siendo solamente aplicable a la falta de inmunidad para las enfermedades infecciosas en las cuales sea posible la inmunización.

Tenemos que iniciarnos en el conocimiento de los antecedentes que nos sirvan de fundamento para precisar el período de la crisis en cada individuo cuando presenta manifestaciones morbosas con las cuales podamos diferenciar si la crisis ha llegado a la fase de estado o si se halla ya en la fase de caquexia. Para lograr este fin, los datos que nos han de servir de antecedentes pertenecen a tres grupos: 1) Datos para descubrir los dos órdenes de parciales de la crisis, tanto los autógenos o etiopáticos (que consisten en la mala influencia de las causas universales de enfermedad), como los parciales idiopáticos que nos revelen las alteraciones de la crisis subsistentes por sí mismas, esto es, sin necesidad de que continúen actuando dichas causas, y también aquellas alteraciones generales que por ser de orígenes desconocidos tenemos que incluirlas en la idiocrasis, a pesar de no saber si son o no son efectivamente determinadas por causas exógenas o extrañas a nuestra constitución; 2) Datos para averiguar el curso más o menos crónico y frecuentemente insidioso de las alteraciones de la crisis desde su principio, como son el modo de iniciarse, si hay continuidad o si hay alternativas de empeoramientos y mejoramientos, y también si hay interrupción por etapas estacionarias, y 3) Datos que marcan el grado de intensidad de la crisis en el período a que haya llegado el mal y las condiciones individuales complementarias, como la edad, la talla, el sexo y la raza. Pero entre todo lo dicho se han de procurar conocer principalmente las condiciones en que se hallen las displasias degenerativas apreciables.

Nada tenemos que añadir a lo ya expuesto de los parciales de la crisis; pero respecto a su curso, al hacer la historia de las manifestaciones morbosas pasadas y del estado actual, insistiremos en recomendar especialmente que se precise bien el grado de intensidad y el período a que haya llegado la crisis, procurando descubrir netamente las enfermedades que se hayan desarrollado en el sujeto, entre las que son de orígenes cuestionables, y que en mi concepto son en muchos casos simplemente consecuencias o secuelas morbificas de la crisis.

En el caso de no haber displasias degenerativas crasiopáticas o crasiógenas apreciables, estimaremos que la crisis se halla en el período de estado, o sea en su fase media (metriocrasia). Entonces la reacción vital o biosis puede ser íntegramente restitutiva y consiste en alteraciones de la velocidad del metabolismo nutritivo y de la generación celular, sin lesiones plásticas definitivas o degenerativas de los tejidos; mientras

que en el caso de hallarse ya estas post-lesiones estructurales convertidas en secuelas o consecuencias degenerativas de la crisis, diremos que ésta se halla en el período caquéctico (caquistocrasia). En este período las lesiones se han hecho de todo punto idiopáticas, es decir, persisten por sí mismas aunque no continúen actuando las primeras causas autógenas que determinan la crisis, como sucede con las fibrosis o esclerosis, con las fimatosis o tuberculosis secundarias, con el reumatismo constitucional, etc.

Vemos que en estas hiperplasias degenerativas preponderan muchas veces las substancias intercelulares, como sucede en la hiperfibrosis o esclerosis, y por tanto en el proceso llamado «arterioesclerosis», o mejor dicho *macroesclerosis*.

Conclusión.

El conocimiento de los caracteres clínicos del proceso de la crisis es absolutamente preciso para individualizar e integrar el diagnóstico de cualquier enfermo. Estos caracteres se refieren a:

A. Las desproporciones de las substancias constitutivas que nos inducen a designar los cuatro siguientes prototipos de la crisis: oligocrasia, lipocrasia, pleocrasia y alipocrasia.

B. Los grados de intensidad de la crisis, estableciendo una escala numérica en la que se pueda fijar aproximadamente por medio de cifras el lugar que a cada crisis le corresponda, teniendo muy en cuenta la complejidad etiológica, y también la participación que tenga la idiocrasis.

C. Los períodos de la crisis, procurando primeramente reconocer si hay o no alteraciones manifestadas; en caso de no haberlas calificaremos aquel estado de *criptocrasia* (no de «eucrasia»), y en el caso de hallarse manifiesta la crisis, distinguiremos si ha llegado solamente al período de estado (metriocrasia), o si alcanzó ya la última fase o sea la caquéctica (caquistocrasia). El período de estado se caracteriza por manifestaciones de la reacción (biosis) restitutiva, en la cual solamente se perturba la velocidad de dicha reacción, ya retardándose, ya acelerándose el metabolismo nutritivo y la multiplicación celular. En el período de estado conviene diferenciar tres subfases: neurótica, hemática y esplácica o precaquéctica. (El grado de reacción de esta tercera subfase no pasa de la flogosis restitutiva). Por último, el período caquéctico o caquistocrasia se manifiesta por lesiones degenerativas que son irrestituibles a la integridad normal, si bien es posible su destrucción completa y la cicatrización ulterior.

También en este período conviene señalar tres subfases: localizada, sistematizada y diseminada, según que las lesiones sean tóxicas, o se extiendan por los sistemas generales del organismo, o se hallen ya esparcidas por todo el individuo.

NOTAS CLÍNICAS

LA SANGRIA EN LA GRIPE.
ACCION DE LA HEROINA EN LA MISMA

POR

JOSÉ GONZÁLEZ CASTRO

Médico cirujano, inspector regional del trabajo, de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

Pretendo escribir una historia clínica del más alto interés práctico, rodeada de circunstancias especiales, que hacen de ella un cuadro raro, con vivos caracteres melodramáticos.

La enferma es mi hija mayor, de veintiséis años, casada, múltipara, muy bien constituida, sin taras patológicas ni antecedentes personales ni hereditarios.

Es madre de dos hijos robustos, lactados por ella, y en el momento en que comienza esta historia, se halla embarazada de siete meses, llevando la gestación con normalidad.

En plena epidemia gripal, el 20 de Septiembre último, fué atacada de fiebre ligera, 38°, malestar general, afonía intensa, tos, y tolerable disnea.

Por entonces me hallaba yo en cama sufriendo la gripe, y allí recibía constantemente minuciosos datos de la marcha de la enfermedad de mi hija. Del 21 al 22 continuaron los síntomas referidos, algo más acentuados y molestos; pero en la noche del 23 al 24 la disnea se agudizó en tal forma, que hizo imposible el sueño, y obligó a la enferma a permanecer sentada en el lecho. Ante noticias tan alarmantes, me levanté el 24, aún con fiebre, y al llegar al domicilio de mi hija quedé verdaderamente aterrado.

En plena y angustiosa ortopnea, el rostro contraído, los ojos brillantes, inyectada la conjuntiva, cianótica, presa de gran excitación nerviosa, reveladora de sufrimiento intenso... así hallé a mi hija.

El pulso era pequeño, duro, muy frecuente (116 pulsaciones), pero regular en cuanto al ritmo. El número de inspiraciones era de 32; la tos seca y constante, sin expectoración. Dolor en la parte lateral del tórax izquierdo, entre el sexto y octavo espacio intercostal.

Auscultando, se advierte una extensa zona sin murmullo vesicular, con numerosos estertores, en la región citada: subcrepitantes, especialmente en la base, revelando que el proceso inflamatorio se ha extendido a los alvéolos.

Los soplos cardíacos, muy atenuados.

Por percusión, se nota macidez en todo el pulmón izquierdo. Las vibraciones torácicas, abolidas.

En el pulmón derecho, estertores gruesos, diseminados en los bronquios.

Fiebre, 39,5.

Sed insaciable, lengua saburrosa, seca, y pertinaz estreñimiento.

Orinas, escasas y con gran sedimento.

Tal era á grandes rasgos el cuadro que se ofreció á mi vista.

El acceso asfíctico amenazaba muy seriamente la vida de mi hija, y en el acto practiqué escarificaciones en el tórax, seguidas de ventosas, que extrajeran unos 150 gramos de sangre. Fué inútil, pues la ortopnea continuaba intensificándose.

La asfixia era inminente; el corazón no podía con la carga, y el pulso se hacía cada vez más pequeño y frecuente. Tomé una lanceta y abrí la vena, saltando un chorro de sangre negra, carbonizada... Salieron más de 300 gramos de sangre, cesando como por encanto la ortopnea y demás sín-

tomas tan agobiadores. El pulso se mostró amplio, lleno, con 190 pulsaciones, y la fiebre descendió á 38,5 una hora después.

Fué un alivio consolador, aunque allí estaba la enfermedad pronta á expresarse de nuevo. A mis temores se unió la broncoplejia, que era absoluta, y me dispuse á combatir la inyectando á la enferma 2 centigramas de emetina, logrando mi propósito, pues á los cuarenta minutos apareció la expectoración espumosa, rosada, pero sin los caracteres del esputo herrumbroso. Poco después aquejaba la enferma dolor en el lado izquierdo del tórax.

La sangría se la había practicado á las diez de la mañana del 24, y á las cinco de la tarde reapareció la ortopnea con el mismo aparato desolador que en la mañana. Pero antes de abrir de nuevo la vena, quise apurar otros recursos y le apliqué ventosas secas, maniluvios sinapizados, toalla también sinapizada y caliente alrededor del tórax, balón de oxígeno... Todo fué inútil, pues se ahogaba mi pobre enferma. Ella misma me pidió que la sangrara de nuevo y así lo hice, extrayendo unos 200 gramos de sangre, cediendo de nuevo el aparatoso cuadro.

No por eso se modificó el estado del aparato respiratorio, persistiendo la macidez, la ausencia de murmullo, la anulación por tanto de la función hematósica. Durante la noche se paralizó de nuevo la expectoración, y sólo con grandes y desesperados esfuerzos lograba expulsar algún esputo. El pulso empezó á inquietarme, pues se apreciaban algunas ligeras arritmias.

La disnea volvió; la anuria fué más persistente; el estreñimiento, invencible; la sed, abrasadora; subdelirio, y profundo desaliento.

De madrugada se presentó otra vez la ortopnea, violentísima, y aunque había hecho propósito de no sangrar más, no hubo opción á otra cosa, pues la muerte por asfixia era inminente. Se trataba de cumplir una indicación vital y otra vez saltó la sangre y otra vez renació la esperanza con la rápida mejoría.

No estimo necesario relatar día por día el proceso, y baste saber que hasta el día 27 de Septiembre continuaron las alternativas de agravación y mejoría, obligándome—bien á mi pesar y consciente de la responsabilidad que me cabía—á practicar hasta ¡seis! sangrías, en junto, la menor de 200 gramos.

Así llegamos al día 27 de Septiembre, que fué terrible. Tras violentos esfuerzos provocados por la tos, expulsó algunos esputos oscuros, que contenían gruesos coágulos fibrinosos, arborizados, como si estuvieran moldeados en los bronquios. Cuando esto sucedía, mejoraba la enferma en su estado de angustia, y reaparecían las vibraciones torácicas, apreciándose débil murmullo vesicular y estertores finos y sibilantes. Por la tarde se agravó el síndrome, y en plena cianosis, atelectasiado el pulmón, con 60 respiraciones, 120 pulsaciones y 39,5 de temperatura, creí llegada la muerte.

En cuanto al feto, conviene decir que siempre se observaron los latidos cardíacos en el centro de la región umbilical.

Me encontraba abrumado, física, moral é intelectualmente, y sin poder permanecer en pie, me acosté vestido en habitación próxima. Una hora más tarde penetró en la alcoba mi mujer, acongojada y llorando, implorándome que administrara á nuestra hija algún narcótico que hiciese menos cruel la muerte.

Reflexioné un instante y fuí á la cabecera de la enferma que hallé presa de terrible agitación y en inminencia de ahogarse.

Cargué la jeringuilla con cinco miligramos de cloruro de heroína, y convencido de que la inyección la sumiría en sopor de muerte, se la inyecté.

Fueron unos momentos inolvidables.

En plena inconsciencia, sin saber valorar exactamente la responsabilidad moral del acto que acababa de ejecutar, hondamente dolorido, permanecí allí unos minutos.

Y sin dar crédito á mis ojos, vi á mi enferma calmarse; disminuir la ortopnea, adquirir el rostro serenidad y plácidez, descender á 100 el número de pulsaciones, y después de reclamar un poco de agua, recostó su cabeza en la almohada, y se durmió...

Mi asombro no tenía límites, y no podía convencerme de que lo que sucedía nos encaminaba por buena senda.

Pero las horas pasaban, y el sueño continuaba tranquilo y reparador, con 44 respiraciones al minuto. Tal mejoría se inició á las cinco de la tarde, y á las nueve de la noche despertó la enferma con violento acceso de tos seca, pero después de inauditos esfuerzos expulsó grandes masas carnosas en las que se veían arborizaciones bronquiales. Después de esto, vino la calma, hasta las dos de la madrugada, hora en que nuevamente reapareció la disnea, aunque muy tolerable. En la zona invadida reapareció el murmullo vesicular con estertores subcrepitantes. Entonces expulsó cerca de un litro de orina, que se enturbió en seguida dejando gran sedimento aladrillado...

Entonces, ya más tranquilo, valoré mejor la acción de la heroína, y sin reparo, inyecté de nuevo otros cinco miligramos, que tuvieron la virtud de calmar por completo á la enferma, que durmió hasta la llegada del día 28.

A partir de entonces fué menester inyectar cada ocho ó diez horas tres ó cuatro miligramos de heroína cuando surgía la disnea violentísima, seguramente por la falta de excitación del centro respiratorio, como veremos más adelante. La expectoración se hizo más flúida, aunque á diario arrojaba enormes masas duras, purulentas, moldeadas, y siempre tras esfuerzos vivos.

El 1.º de Octubre hallé infebril á la enferma, con temperatura de 37º y 90 pulsaciones, orina normal, exonerado el vientre, merced á un purgante de aceite de ricino, y todo parecía indicar que nos hallábamos en franca convalecencia de la terrible bronconeumonía gripal, terminada sin duda por supuración.

Pero ese día se quejó la enferma de gran escalofrío, seguido de fiebre de 39º y 112 pulsaciones, con disnea, y dolor en el costado derecho.

No interesa á los fines de esta historia que describa punto por punto el cortejo sintomático que siguió á esta nueva complicación. Baste decir que en la base del pulmón derecho se presentó nuevo foco, pero sin el aparatoso y cruel síndrome de antes.

El 5 aprecié con alegría estertor de retorno, y poco á poco desaparecieron los síntomas de la pulmonía.

En mi visita de la mañana del 7 encontré á la enferma con gran desasosiego, abatida é insomne. Quedé aterrado al tocar la radial. Aquel corazón estaba en plena locura, en arritmia tremenda y amenazadora.

Acaso algún lector sonría receloso, pareciéndole demasiado milagrosa esta historia ó por lo menos algo exagerada. Para garantir mi palabra, he querido reclamar el testimonio de alguno de los médicos que me hicieron la merced estimadísima de acompañarme y orientarme con sus consejos.

El ilustradísimo médico de Sanidad Militar, mi querido amigo D. Antonio Crespo Alvarez, me comunica sus impresiones en las cuartillas que copio á continuación:

«En las primeras horas de la mañana del día 7 de Octu-

bre—dice el Sr. Crespo—fui avisado para visitar á D.ª Consuelo González Serrano, pues el pulso, que durante toda la dolencia se había mantenido regular y tenso, aparecía entonces hipotenso y arritmico.

Procedí al examen de la paciente, y he aquí en forma esquemática los datos que comprobé.

Excitabilidad manifiesta del sistema nervioso, sensación de malestar indefinida, disnea espontánea que evoluciona por accesos de bastante duración, pulso hipotenso é irregular en grado sumo. A veces, las pulsaciones aparecen una tras otras sin que apenas exista período de descanso para el corazón; otras veces, el espacio que separa las pulsaciones es normal y aun parece más largo que el fisiológico. No había intermitencias ni aumento de tamaño del área de matidez cardíaca (absoluta y relativa). Auscultando se podía comprobar que todos los ruidos estaban ligeramente apagados.

En vista de todo ello diagnosticamos un caso de *vibración auricular*. A modo de inciso diremos que aceptamos esta expresión por creerla de un significado más preciso que *taquicardia auricular*, que la han llamado los franceses.

Mackenzie, á quien tanto debe la cardiopatología moderna, le ha denominado *auricular Flutter*.

Pues bien, este estado patológico (muy análogo al de la fibrilación auricular) se caracteriza porque las aurículas, colocadas en condiciones especiales, se hacen excitables de un modo anormal y producen contracciones irregulares que en ocasiones se transmiten á los ventrículos en su totalidad ó solamente algunas de ellas y más raras veces quedan localizadas en aurículas.

Según lo comprueba la estadística, una de las causas que más frecuentemente influyen para provocar este anormal estado es la coexistencia de infecciones, y entre ellas la gripe es una de las señaladas de preferencia.

En este caso concreto, indudablemente la aurícula intoxicada por las toxinas del cocobacilo de Pfeiffer se hizo anormalmente excitable y la mayor parte de estas contracciones con caracteres anormales (en lo que se distingue de la fibrilación) eran transmitidas al ventrículo, y de ahí la irregularidad manifiesta del pulso.

Teniendo en cuenta que en todos los casos de intoxicación miocárdica hay también intoxicación del sistema nervioso (de donde se origina su hiperexcitabilidad) instituímos un tratamiento mixto. Primeramente era preciso obrar de modo activo sobre el miocárdio, y claro es que la digital en estas ocasiones encuentra su más clara indicación y es donde se registran los más brillantes éxitos de tan precioso remedio. Así pues, comenzamos á inyectar diariamente y por vía endovenosa tres ampollas de digalena, administrando además por vía gástrica XXX gotas al día del mismo preparado. Además, alternando, cada dos horas se inyectaban veinticinco centigramos de cafeína y un centímetro cúbico de aceite alcanforado al décimo.

Con objeto de combatir la normal excitabilidad del sistema nervioso, prescribimos dos cucharaditas de valerianato amónico de Pierlot cada veinticuatro horas, sin desatender las cortas dosis decrecientes de heroína cuando se presentaba el ascenso de disnea.

Bastaron veinticuatro horas para que el pulso se regularizara, disminuyéndose la sensación de angustia y malestar indefinido, y desapareciendo en fin tan alarmante situación.

Después se ha continuado inyectando cafeína y aceite alcanforado, cuando lo demandaban las circunstancias. Últimamente se ha suprimido todo tónico cardíaco, sin que haya reaparecido anormalidad alguna.—Dr. Antonio Crespo.»

No es menester discusión prolija para formular el diagnóstico de la enfermedad primitiva, ni ello interesa ciertamente. Fué un caso de gripe, con complicación de bronconeumonía, primero en lado izquierdo que terminó por supuración, y luego en el derecho por resolución.

Pero hay dos cuestiones á cuál más interesantes, que reclaman profunda atención. Una, la profusión de sangrías, impuestas por terminante indicación vital. Otra, la acción de la heroína.

La sangría, repito, me fué impuesta, so pena de dejar morir á la enferma por asfixia. Existían grandes contraindicaciones, cual la de hallarse embarazada la enferma, pues la sangría es considerada como abortiva desde los tiempos de Hipócrates. Pero no podía yo tomar en consideración ese temor, por cuanto todos los restantes medios terapéuticos habían fracasado. Aun sin tan apremiante necesidad, hubiera recurrido á la sangría, cual vengo haciendo en mi práctica de treinta años, siempre con resultado brillante.

No me explico el miedo á la sangría, por parte de la generación médica actual, en casos como éste, en que nos procura rápidamente la desingurgitación del corazón, la descongestión pulmonar, la depleción de la circulación general y la depuración de la sangre, por expoliación de microbios y toxinas en abundancia.

A ningún medicamento por heroico que fuera, podría exigirse en aquellas circunstancias una acción como la que nos rendía la sangría.

Se habla y escribe mucho sobre la indicación de la sangría en las infecciones, y generalmente se la rechaza. Ello es injusto y así lo demostró Letamendi en los últimos años de su vida, rehabilitando la sangría y dándole el puesto que merece en terapéutica.

Jamás olvidaré un suceso en que intervine en los primeros meses de práctica profesional. Ejercía yo en un pueblito salamanquino, cuando se presentó la viruela en el vecindario, con caracteres de gravedad, en forma confluyente, y un caso, hemorrágico, que terminó por muerte. Desde luego se me hicieron veladas indicaciones para que sangrara, á lo cual me negué. Más tarde se me requirió con acritud, y no me quedaba otro recurso que acceder ó marchar del pueblo. Esto no podía ser, pues se hubiera reputado cobardía, y reflexionando despacio, y valorando las palabras de ancianos que me aseguraban que en otras epidemias análogas mis antecesores habían sangrado con buen éxito, me decidí á complacer á mis clientes, sangrando al primer enfermo que se presentó, sin esperar al período eruptivo. Y nunca me reproché tanto el haber demorado el empleo de tal recurso, pues los efectos fueron maravillosos. Se trataba de un joven de veintidós años, robusto, con fiebre de 40,5, rostro vultuoso, gran desasosiego, delirio, pulso duro, tenso, lleno, de 116 pulsaciones. Dos horas después de la sangría se presentó profuso sudor desapareciendo todos los síntomas molestos, cayendo la temperatura á 38 y á las doce horas aparecieron unas cuantas viruelas discretas, evolucionando el mal en tres ó cuatro días sin dejar huella alguna, á diferencia de los casos precedentes. Aquel éxito me animó á continuar sangrando sistemáticamente á todos los variolosos, sin esperar la erupción, en período prodrómico y terminó la epidemia sin más defunción que la dicha, á pesar de que hubo más de sesenta atacados.

Estos hechos los referí por entonces en un artículo que publiqué en la revista de Salamanca, *Correo Médico Castellano*, en 1891.

Confieso lealmente que por entonces desconocía yo los trabajos de Guéneau, de Mussy y de Sydenham, en los que preconizan la sangría en el período prodrómico de la virue-

la. En esa epidemia, y después en otras, pude comprobar la exactitud de la frase de Sydenham: *con sudores abundantes, no hay que temer una viruela confluyente*. Y sabido es, que una de las acciones más seguras de la sangría, es la diaforética.

Reanudo el historial con esta interrogación, que me hice muchas veces en el curso de la enfermedad de mi hija: ¿Contribuía á tan lamentable estado la plétora por el embarazo, consistente en aumento en la cantidad de sangre, y en la mayor riqueza de ésta en glóbulos rojos?

¿Aquéllos síntomas, representaban la plétora serosa?

Fuese como quiera, lo indudable es que había necesidad de sangrar, valiera lo que valiera el recurso, pues al extraer sangre, expoliábamos gran cantidad de venenos, ejerciendo una acción depuradora en alto grado, idéntica á la tan hermosa que se provoca en la uremia, cuyo mecanismo es el mismo.

Los hechos posteriores me dieron la razón, y tengo el convencimiento de que sin mi entereza y decisión no se hubiera salvado la enferma.

No hago otras consideraciones sobre las cualidades de la sangre extraída por no hacer más extenso este trabajo, pero mucho podría decirse y muy interesante.

La segunda cuestión, tan importante ó más que la de la sangría, es la acción maravillosa de la heroína, á título de sedante de aquellos aterradores síntomas.

Es tan extraño todo lo ocurrido en este caso, que para evitar dudas sobre su exactitud, quiero ofrecer pruebas inequívocas de que no hay ni sombra de exageración en mis palabras. Así, digo que además del médico Sr. Crespo, vieron á la enferma y apreciaron la exactitud de lo historiado los Sres. D. Urbano Domínguez, D. Saturnino Faure, D. Félix Antigüedad, D. Francisco G. Clemente, D. José Méndez y algunos más.

¿Cómo actuó la heroína?

Es indudable que este medicamento es un tónico cardíaco que refuerza las contracciones del corazón, y modifica su ritmo.

La excitabilidad del centro respiratorio se exalta notablemente por la heroína, regularizando los movimientos respiratorios y retardándolos, con aumento del período inspiratorio.

Tal excitación se comprobó más tarde en el período de supresión de la heroína, pues al llegar la abstinencia, el fenómeno más notable de ésta consistía en la disnea, que cesaba en el acto al inyectar dos ó tres miligramos de heroína.

La acción hignagoga se produjo aquí de modo magnífico, aunándose á la acción analgésica y diaforética, y, todas juntas, anulando el desorden funcional, y calmando la irritabilidad del organismo, prepararon la crisis para solución favorable.

La heroína, á diferencia de la morfina, no es anexosmótica y por ello pudo continuar activa la secreción broncopulmonar, sin caer de nuevo en la terrible broncopléjia.

Pero por mucho que hubiera derecho á esperar de la heroína, nunca tanto como lo que nos rindió, ni en rapidez de acción ni en intensidad. Ella permitió que evolucionara la enfermedad, hasta llegar el instante de la atenuación y eliminación del bacilo de Pfeiffer y sus toxinas.

La convalecencia fué normal, si se exceptúa la debilidad en que quedó.

El embarazo siguió su curso, sin incidentes.

Le administré inyecciones de arrhenal á 15 centigramos cada una y compuestos ferruginosos.

El hábito de la heroína fué vencido con relativa facilidad, disminuyendo progresivamente el alcaloide, y en vein-

te días quedó libre, sin que para ello tuviese que sufrir demasiado.

Así llegamos al 10 de Noviembre. A las siete de la mañana se iniciaron los dolores de parto, y á la once de la misma daba á luz un robusto niño, admirablemente constituido, de tres kilos de peso. Detalle curioso y que se presta á muchas consideraciones relativas á la coagulabilidad de la sangre en los anémicos, es que en el parto no se perdieron ni 15 gramos de ésta.

El estado de la puerpera era tan satisfactorio, que no dudé un momento y accedí á sus deseos de lactar ella misma á su hijo, y sin incidente alguno lo viene lactando, ganando en peso niño y madre durante el mes transcurrido.

Después del parto volvieron ligeros accesos de disnea, á mi juicio, repito, por falta de excitación del centro respiratorio, una vez suprimida la heroína. En cuanto á la lesión pulmonar, poco á poco fué restituyéndose el tejido pulmonar, sin que á la fecha quede la más leve avería del mismo.

Béjar, 17 de Diciembre de 1918.

LA ENSEÑANZA DE LA DERMOSIFILIOGRAFÍA EN LA UNIVERSIDAD DE NEW YORK

POR EL

DR. D. JOSÉ LUIS CARRERA

Pensionado por el Gobierno español.

Como seguramente serán muy contados los especialistas españoles que hayan tenido ocasión de visitar las clínicas norteamericanas de Dermatología, vamos á relatar lo que hemos visto digno de atención en el tiempo que asistimos al servicio del profesor Fordyce, al que fuimos presentados por Flexner, el ilustre director del Instituto Rockefeller.

Desde luego, clínicamente considerado, no nos parece inferior nuestro Hospital de San Juan de Dios, á la Vanderbilt Clinic—donde se encuentran reunidas las dependencias dermatológicas de la Columbia University—á pesar de la considerable división del trabajo, con gran número de ayudantes de diversas categorías y de nurses adiestradas.

El profesor Fordyce explica una sola lección semanal, con un sistema de enseñanza muy semejante al que en la Facultad de Medicina de Madrid emplea nuestro maestro el Dr. Azúa y auxiliándose con proyecciones que facilitan extraordinariamente la labor, al ocuparse de los trastornos anatomopatológicos de las Dermopatías.

La consulta, menos nutrida que la del Hospital madrileño, está á cargo del asistente Dr. Wise, y para ser tratado en ella, se precisa el pago de una pequeña cantidad en las oficinas de la Administración del Hospital. El diagnóstico de los enfermos es anotado en una tarjeta y en un libro, y en ellos se sigue ordenadamente la evolución de la enfermedad y su tratamiento, llevando con todas las tarjetas un índice alfabético. Al paciente se le entrega una hoja análoga á la que el doctor Azúa utiliza en su consultorio y un vale para la necesaria medicación; pues las recetas no se extienden en la forma corriente en los Hospitales españoles, sino que en la Vanderbilt Clinic cada fórmula tiene asig-

nado un número y por él despachan el compuesto en la farmacia benéfica.

Adyacente á las salas de consulta se encuentra el servicio de inyecciones intramusculares para las que utilizan con preferencia el salicilato de mercurio. Al frente de la sección de inyecciones de salvarsán, se encuentra otro asistente, el Dr. Rosen; el aparato que para ello emplean es del mismo tipo del de Azúa, con la desventaja de que, por carecer de cánula de vidrio, la operación se hace con menos pulcritud, requiriendo la introducción previa de la aguja aislada, para dejar salir cierta cantidad de sangre; tampoco tiene émbolo de seguridad; la aguja lleva un bisel de excesiva longitud, su casquillo es aplanado para adaptarse al antebrazo y en la parte superior tiene una aleta de sujeción. En la técnica de la inyección hacen uso de una asepsia muy relativa, pues á veces un mismo aparato recorre tres ó cuatro enfermos, sin más esterilización que la inicial con el solo cambio de la aguja.

El salvarsán de uso corriente en las clínicas norteamericanas es fabricado en el país, y para ello se concedió permiso, previo informe de los técnicos químicos, al Laboratorio Dermatológico de Filadelfia (Schamberg) y á la representación en Nueva York de la casa alemana Hoechst, proporcionando el segundo inferiores resultados. Todos los clínicos están conformes, y así se ha hecho constar en las Sociedades médicas—la Dermatológica de Chicago, por ejemplo—que no es comparable al *old* salvarsán y á los productos franceses, con más toxicidad, indudablemente debida al acúmulo de arsénico y menos energía curativa; hemos podido ver un número extraordinario de reacciones, reproduciendo el tipo de crisis nitritoides de los primeros tiempos de la medicación de Ehrlich, con marcado carácter congestivo, gran enrojecimiento de cara y conjuntiva, constricción de garganta, dolores lumbares, convulsiones en algún caso, pulso desigual y acelerado, palpitaciones, opresión precordial, etc., llegando á sincoparse como hemos visto en dos enfermos con bocio; esta alarmante sintomatología se combate inyectando intravenosamente adrenalina, que algunos usan ya á prevención adicionándola á la solución salvarsánica y aplicando paños de agua fría al rostro. Pudiera creerse que fueran trastornos de Wasserfehler, pero la redestilación del agua se lleva á cabo con escrupulosidad y no se dan tales fenómenos con igual marcha operatoria y producto europeo, cuya acidez es muy inferior.

La dosis única es de 30 centigramos y con ella se originan algunas terminaciones fatales, como las dadas á conocer por Starling, Sargent, Ross y Miller, en el *Journ. of Am. Med. Assoc.* en el primer trimestre de 1918; alguna casa productora se permitió amenazar con una acción judicial, por la publicación de casos desgraciados que desacreditan su producto patentado, pues no han faltado especialistas americanos que decididamente desisten del empleo del diarsenol.

Actualmente está muy en boga la administración intrarraquídea del 606, no sólo en tabes y parálisis, sino en los secundarios y en todos aquellos en que existe una lesión nerviosa por pequeña que sea, llegan-

do á nuestro juicio á caer en abuso. La inyección se hace con suero salvarsanizado preparado en la siguiente forma: se inyecta intravenosamente una dosis de salvarsán y á la hora se extraen asépticamente 40 c. c. de sangre; para ello hacen uso del aparato del doctor Keidel, consistente en una ampolla provista de dos tubos; de éstos uno lleva la aguja en su extremo y el otro se prolonga en una goma para efectuar la succión; nosotros no le encontramos una sola ventaja sobre la jeringuilla Luer. La sangre extraída se centrifuga previa coagulación, separando el suero con una pipeta y de él se diluyen al siguiente día 15 c. c. en solución salvarsánica, inyectando la mezcla, después de sometida al calor en baño de maría á 56° C. durante media hora y extrayendo antes cantidad suficiente de líquido cefalorraquídeo; la técnica empleada es combinación de las de Swift y Ogilvie; Wardner comienza á utilizar la inyección intracraneal.

En el departamento de Serología, son de práctica frecuente la reacción del oro coloidal y la de Wassermann por el método Noguchi, pero sin someter á tantas precauciones el material, como hacíamos en el Laboratorio de Dermatología de la Facultad de Madrid; Fordyce da importancia al Wassermann para continuar ó no el tratamiento antiluéutico, guiándose por sus resultados, aunque ésto no se compagine con el hallazgo de espiroquetos en avariósicos con repetidos Wassermann negativos, realizado por el profesor Warthin, de Michigan. La luetina de Noguchi ha caído completamente en desuso por muchas causas, incluso por sus peligros.

De todos estos tratamientos y reacciones, se lleva rigurosa estadística que es utilizada por los doctores Rosen y Wise, para dictar cursos especiales de diagnóstico y terapéutica á que asisten los graduados.

Completa el servicio del profesor Fordyce una buena instalación de rayos X, lámparas de Kromayer y Finsenterapia, bajo la inteligente dirección de Mc. Kee, Chairman de la Manhattan Derm. Society y uno de los más ilustres radiólogos americanos; los efectos de la Finsenterapia no son tan beneficiosos, como los que hemos visto se conseguían en el departamento del doctor Azúa, acaso por ser aquella lámpara mucho más potente. Y, por último, un laboratorio de Investigaciones clínicas, admirablemente montado y con espléndida biblioteca, á cargo del Dr. Heimann; el jefe del Laboratorio se limita á hacer el diagnóstico microscópico, pues la técnica corre á cargo de dos nurses especializadas; de él depende igualmente el tratamiento con nieve carbónica en los casos de nevus pigmentario, cuyo número extraordinario nos ha sorprendido.

Dedúcese, por tanto, de nuestra somera descripción, que una extremada organización y un perfecto reparto del trabajo, son las características del funcionamiento de los centros que se consagran al estudio dermosifilográfico en la vigorosa nación norteamericana.

New York, 1918.

LA INSPIRACION TERAPEUTICA

POR EL

DR. BALTASAR HERNANDEZ BRIZ

Médico-Jefe de la Inelusa,
Colegio de la Paz y Asilo de San José

El esfuerzo mental que hay que hacer á la cabecera de la cama en presencia del caso patológico, obliga á llamar á la mente á todos los recuerdos de la experiencia y del estudio, á tener que resolver inmediatamente sin tiempo para consulta de ningún género, un plan, una medicación que de su oportunidad estriba muchas veces la vida del enfermo.

Es indudable que el médico que tiene mucha práctica, pues no basta que haya leído mucho, pues como dijo Séneca «vergüenza es en el viejo no saber más que lo que lee», el médico que tiene mucha práctica, repito, tiene momentos de verdadera inspiración en la terapéutica que debe emplear en un enfermo y conviene que se aproveche de ella; esto en mi larga experiencia lo he visto confirmado muchas veces, y el famoso médico español, el Dr. Juan Huarte de San Juan dice respecto de esto lo siguiente: «Pero una cosa se ha de notar aquí muy importante, y es que la buena imaginativa del médico en un momento atina á lo que conviene hacer. Y si se pone despacio á mirarlo, luego acuden mil inconvenientes que le dejan suspenso y entretanto se pasa la ocasión del remedio, y así nunca conviene al buen médico encomendarle que mire bien lo que ha de hacer, sino que ejecute aquello que primero le pareció». Podría citar numerosos ejemplos de este hecho que muchísimos de mis lectores habrán podido apreciar en su práctica y conviene tener presente esta sana advertencia que en muchas ocasiones nos saca de grandes apuros en nuestra noble y difícil profesión.

LA MEDICINA Y LA GUERRA

Esterilización secundaria y tardía, por el método de Carrel, de las heridas de guerra infectadas.

POR

G. ROTTENSTEIN

En los últimos tiempos la cirugía de las heridas de guerra ha realizado inmensos progresos. La noción de que toda herida de guerra está infectada, ha hecho adoptar como necesaria la operación todo lo precoz posible. Existen dos métodos: el aséptico, que reseca y sutura, y el antiséptico, que deja abierta la herida, poniendo en contacto con los tejidos diversos antisépticos.

El método de Carrel forma parte de este segundo grupo; y á mi juicio, su originalidad consiste menos en el empleo de la solución de hipoclorito de Dakin (bien que esta solución haya sido estudiada desde el punto de vista de su producción y concentración), que en haber conseguido la constante renovación de la solución antiséptica, mediante el ingenioso mecanismo inventado por Carrel. Ciertamente es este método el que mejores resultados da cuando es aplicado precozmente.

A pesar de estas felices modificaciones en el tratamiento de las heridas de guerra, no es menos cierto que á la postre

es frecuente encontrarse con heridos que, después de haber permanecido largos meses en diversas instituciones sanitarias, presentan aún fistulas en número variable que corresponden á focos de osteítis en fracturas antiguas. A estos fistulosos les han sido repetidamente aplicados los tratamientos clásicos de las osteítis (raspados, éter iodoformado, líquido de Callot, de Menciére, pasta de Beck, etc.). El resultado, al decir de los médicos, á que he tenido ocasión de preguntar, ha entristecido siempre una decepción.

Cuando en el mes de Mayo de 1916 me encargué del servicio del hospital mixto de Avignon, gran número de enfermos de esta categoría estaban en él desde hacía varios meses.

Venía yo de pasar una temporada en el hospital de Carrel, enviado en comisión por el director del Servicio de Sanidad del Ejército, bajo cuyas órdenes me hallaba. Lo que más me había chocado en el hospital de Carrel era la regularidad de la cicatrización de las heridas superficiales, forma de cicatrización que Lecomte de Nouy podía calcular con antelación, representándola por una curva ideal de cicatrización. Cuando la herida permanecía aséptica, la curva real coincidía con la ideal. Tan luego como la cicatrización real no coincidía con la cicatrización ideal prevista por el cálculo, el examen de laboratorio delataba la presencia de microbios. El retardo, la suspensión misma de la cicatrización para las heridas superficiales estaban, pues, ligados con la existencia de microbios, sin que, por lo demás, la naturaleza de estos microbios tuviera importancia.

Pensé yo que lo que era verdad para las heridas superficiales debía serlo también para las heridas profundas, para las secuelas de las heridas de guerra, para las fistulas de origen óseo.

Los análisis de laboratorio me han demostrado que los enfermos en tratamiento, á veces, tras largo tiempo, á pesar del empleo de antisépticos muy variados, sin excluir los lavados con licor de Labarraque, eran portadores de una flora microbiana variada y numerosa.

El método de Carrel que previene tan bien los accidentes sépticos graves cuando es aplicado precozmente, me pareció capaz de desinfectar estas heridas crónicamente infectadas. Su empleo sistemático durante un año, en 190 casos, me permite afirmar que la realidad ha correspondido á la hipótesis.

El método que he empleado no se diferencia del que he visto aplicar á Dehelly en Compiègne. He hecho uso del líquido de Dakin, preparado según la fórmula que me remitió Daufresne. El tubo de irrigación es el mismo de Carrel; le empleo cerrado en su extremidad cuando he de tratar heridas superficiales; por el contrario, cuando he de tratar heridas profundas, prefiero no cerrar la extremidad del tubo, dejándole perforado. La llegada del líquido es así más fácil, y como todas estas heridas están más ó menos en forma de pozo, la irrigación se efectúa muy bien desde el fondo á la superficie.

Es imposible fijar la regla general para la colocación de los tubos de irrigación. Hay que asegurarse en cada caso particular, teniendo en cuenta las leyes de la gravedad, que el número de tubos es suficiente para irrigar regular y abundantemente toda la superficie. Una buena precaución será la de rodear el orificio cutáneo de la herida con un tubo colocado en corona.

Las instilaciones son hechas cada dos horas desde las cuatro de la mañana hasta las siete de la tarde. Excepcionalmente, y sólo para casos particulares, son continuadas durante la noche. Incidentalmente responderé á la observación que frecuentemente se me hace de que este modo de

tratamiento requiere mucho tiempo y personal numeroso. Nada de esto: una sola persona, teniendo que irrigar simultáneamente en la misma sala 50 enfermos, sirviéndose de la jeringa especial de Carrel, no emplea en ello más que veinte minutos de cada dos horas.

Las hermanas del Hospital de Avignon vienen realizándolo así desde hace un año, y toda persona educada y cuidadosa puede hacer otro tanto.

En resumen, el método empleado es estrictamente el que aplica Carrel mismo, sin modificación ni adición ninguna.

Hemos encontrado muy pequeño número de enfermos (5 lo más) que presentan gran sensibilidad al líquido de Dakin. Su piel no soporta el hipoclorito, y á las pocas horas presentan verdaderas quemaduras superficiales, sin gravedad por lo demás, que obligan á abandonar el tratamiento. Para otros la irritación cutánea debida á la irrigación prolongada es excepcional, y se alivia fácilmente por el empleo de compresas con vaselina, como las emplea Carrel.

Estudiaré sucesivamente el modo de tratamiento y los resultados obtenidos en tres variedades de heridas de guerra. Esta separación me parece justificada, porque su naturaleza, las intervenciones necesarias y las condiciones de cicatrización son muy diferentes.

Estas variedades son:

1. Las antiguas fracturas de los huesos largos, con osteítis y fistulas.
2. Las heridas superficiales.
3. La extracción de proyectiles enquistados.

Accesoriamente indicaré al terminar los resultados que el método de Carrel me permitió obtener en dos casos de aplastamiento completo de los miembros, en cuyos casos una tentativa de conservación parecía paradójica.

I.—Tratamiento de antiguas fracturas fistulosas.

Antes de nuestras tentativas, las intervenciones practicadas para este género de lesiones se reducían á las que era costumbre de practicar en tiempo de paz para las fistulas tuberculosas y para las osteítis antiguas consecutivas á osteomielitis. Muy frecuentemente el resultado inmediato era, al decir de algunos de mis colegas de larga experiencia, una exaltación de la virulencia de los microbios, caracterizada por un ascenso térmico, intenso y duradero, y un malestar general que podía llegar hasta la septicemia; desde el punto de vista local, la evolución de la herida operatoria se terminaba, cualquiera que fuera el antiséptico empleado, ya por una cicatrización poco duradera, ya por el retorno inmediato del estado fistuloso.

Muy diferentes son los resultados de las intervenciones seguidas de la aplicación del método de Carrel. En efecto, el primer tiempo del tratamiento de estas viejas osteítis implica una intervención cruenta. Al principio, tratamos de prescindir de la intervención quirúrgica, contentándonos con reemplazar simplemente los tubos ordinarios de drenaje, con los que de ordinario llevaban los pacientes, por los tubos de irrigación de Carrel. El resultado fué francamente malo. Parecía que la infección ósea traspasase los límites de la zona influenciada en estas condiciones por el líquido de Dakin, y la irrigación continua no tenía mayores ni menores ventajas que cualquiera otra solución antiséptica.

Fuimos por esto inducidos á practicar en todos los casos de osteítis (intervenciones amplias, teniendo siempre como objeto principal el facilitar la aplicación conveniente y eficaz de la irrigación).

Toda intervención es precedida de una radiografía que nos orienta acerca de la extensión de las lesiones óseas, de la presencia de sequestros y de las dimensiones de la tume-

facción ósea. La intervención se practica de la manera siguiente:

La incisión cutánea tomando como centro la fístula, se extiende sobre toda la longitud de la lesión ósea subyacente. El periostio es cuidadosamente separado con la erina y el cincel; después con el escoplo y el martillo se cava en el hueso un embudo que tenga como base la extensión transversal de la lesión ósea, llegando al canal medular, y cuyo vértice se encuentra en la cara opuesta de la diáfisis ósea no atacada. Esta manera de proceder ofrece las ventajas siguientes:

La forma de embudo es particularmente favorable para la irrigación; los secuestros tienen su asiento generalmente á nivel del canal medular, encontrándose englobados en el hueso perióstico nuevo; en fin, abriendo así la fístula se está seguro de separar en todo su espesor la porción ósea afectada.

Hay que estar convencido de que estas amplias operaciones no disminuyen en nada la solidez ulterior del miembro; la cicatrización se efectúa con tal rapidez, como veremos luego, que la mayor dificultad consiste en retardarla.

Una vez bien limpia la cavidad ósea así formada, se coloca en ella el número de tubos de Carrel que sea necesario para una completa irrigación. Con una compresa empapada en hipoclorito se hace un taponamiento flojo de la cavidad; las curas son ordinarias sin impermeable.

La cuestión de la inmovilización en los casos en que la consolidación no se ha efectuado ofrece algunas dificultades. En efecto, los aparatos enyesados ordinarios son de mal resultado á causa, por una parte, de la desagregación producida por el hipoclorito de cal que inevitablemente embeben y, por otra, á causa de las lesiones cutáneas que se producen á consecuencia de las dificultades de la cura con esta clase de aparatos. Aunque la cura es más fácil en los aparatos en forma de asas, los inconvenientes de la desagregación subsisten por completo. Aconsejamos para el muslo y la pierna la extensión continua por los medios habituales; para el húmero, la extensión por un saco con plomo, de 1 $\frac{1}{2}$ á 2 kilogramos, cabalgando sobre el antebrazo, mantenido doblado por una charpa (—). Para el antebrazo, una gotiera de alambre con extensión elástica de la muñeca.

Estos procedimientos nos han dado siempre resultados muy satisfactorios desde los puntos de vista anatómico, fisiológico y estético.

Los resultados inmediatos de la intervención son los siguientes:

Casi siempre (sólo hemos visto raras excepciones) la temperatura asciende la noche de la operación hasta cerca de 40°; en el día siguiente se mantiene á 37°, volviendo á subir á 38° $\frac{1}{2}$ por la noche; á partir del tercer día continúa siendo completamente normal. Es preciso que se trate de un hueso grave y recientemente infectado para que esta oscilación térmica dure más de tres días. El estado general continúa siendo siempre excelente: los mismos enfermos seriamente infectados antes de intervenir ven cesar sus trastornos gastrointestinales, reaparece el apetito, aumentan de peso y experimentan un bienestar inusitado, todo esto de manera constante.

Se puede decir que estas intervenciones, aun cuando extensas, no son de gravedad para el estado general del paciente, resultando hasta muy favorables.

Desde el punto de vista local las cosas pasan con la misma simplicidad. La primera cura se hace cuarenta y ocho horas después de la intervención, porque estos huesos infectados y de nueva formación sangran mucho. Después la cura es diaria.

Diremos entre paréntesis que esta cura diaria se hace muy rápidamente: en hora y media, los 50 enfermos de una sala quedan curados. Consistiendo las curas únicamente en renovar las compresas, se hacen á punta de pinzas en la misma cama de los pacientes.

(Se concluirá).

Cosas del siglo pasado.

La reorganización sanitaria que pedían en 1851.

En el *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* correspondiente al día 28 de Diciembre de 1851 encontramos el artículo que reproducimos á continuación porque demuestra la lentitud con que se resuelven en España las cuestiones sanitarias, ya que la reorganización sanitaria que hoy seguimos reclamando era cuestión palpitante en aquella época:

«El año próximo—dice el articulista—ha de ser uno de los más fecundos en acontecimientos médicos. En él deberá llevarse á efecto una reforma de la enseñanza; durante él, esperamos que se resuelva la cuestión importantísima al paso que difícil del arreglo de los partidos; también es posible que en 1852 se reorganicen las Academias y parece por fin indudable que durante él sufra un arreglo importante el ramo de Sanidad, á resultas de las conferencias sanitarias internacionales que en París se están celebrando.

¿Pueden darse asuntos de interés más vital para las clases médicas?

Nosotros, que desde 1834 sostenemos con empeño incansable y el ardimiento más vivo esos caros intereses de la humanidad, de la ciencia y de la profesión, seremos de los primeros en tomar parte en la discusión de esas cuestiones importantísimas. Si en estos últimos meses no las hemos agitado impacientes como otros, es porque, tratándolas á menudo, *manoseándolas*, para hablar un lenguaje vulgar, tenemos la creencia de que se las profana y casi se las prostituye.

Para ventilar con acierto cuestiones tan complejas, es necesario elevarse á mayor altura que la del vulgo; hay que mirarlás desde la altura de la administración, no sólo como médicos, sino como hombres de gobierno; porque de otra suerte acontece aspirar á un *optimismo* para la clase que no se alcanzará jamás, como que no se ajusta á los intereses de la generalidad, como que no se acomoda al sistema de administración actual y como que carecemos de fuerzas é influencias para variar éste.

He aquí una diferencia que nos atrevemos á señalar desde luego entre el *Boletín* y ciertos otros periódicos. Deseamos nosotros «lo mejor para la ciencia, lo mejor para la clase», pero si el alcanzarlo es difícilísimo, si carecemos de fuerzas para arreglar la sociedad y arreglarnos nosotros á nuestro gusto, si todos nuestros esfuerzos han de quedar perdidos y nuestras voces han de desvanecerse en el desierto, permítasenos renunciar á lo mejor considerado de una manera absoluta, para limitar nuestro deseo á «lo mejor posible, lo mejor realizable». ¡Fuera insensatez digna de lástima el obstinarnos en pretender realizar por completo dulces y dorados sueños!

Nuestro sistema, queremos ser francos, no es ese. Nuestro sistema (a'ccionados ya como lo estamos por una larga experiencia) es el de reclamar aquello que pueda concedérsenos, el acomodar á la posibilidad nuestros deseos. Así, lenta y sucesivamente, podrá variar la situación lamentable de la clase, y así también de esa manera pausada podrá la

ciencia recobrar algún día nuevo esplendor y vida en nuestro país.»

¿No es verdad que en vez de estar publicado este artículo el 28 de Diciembre de 1851 parece que lo haya sido el mismo día de 1918?

Periódicos médicos.

PEDIATRÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Notas clínicas acerca de la bronconeumonía infantil, por el Dr. Enrique Suñer.**—La bronconeumonía infantil es una de las enfermedades en que la etiología está más influenciada por los otros estados morbosos predisponentes.

En la relación que existe entre la bronconeumonía y la tuberculosis, es preciso distinguir varios casos: 1.º, bronconeumonías bacilares propiamente dichas, que constituyen una localización aislada ó que aparecen en el curso de una granulía; 2.º, bronconeumonías que aparecen en el curso de una tuberculosis de los pulmones ó de los ganglios peribronquiales y que evolucionan en una forma atípica y lenta produciendo la muerte ó una agravación de las lesiones antiguas; estas son las bronconeumonías en los tuberculosos, mejor que de los tuberculosos, y corresponden á los procesos llamados antes perifímicos; 3.º, bronconeumonías que aparecen en los individuos sujetos á la tuberculosis (heredodistrofia de Landouzy, estado de debilidad señalado por Calmette); estas bronconeumonías, á su vez, pueden ser bacilares ó seguir la marcha atípica y lenta del segundo grupo.

El linfatismo tal como lo ha descrito Czerny, Moro, Paltauf, etc., constituye otro estado predisponente á la bronconeumonía, sobre todo cuando el tejido adenoide perifaríngeo está hipertrofiado y presenta cavidades ó anfractuosidades en que pueden pulular los gérmenes inhalados. Según el autor, la concomitancia del linfatismo faríngeo y del raquitismo tiene una importancia especial, sobre todo cuando este último ha producido la deformación del tórax. En estos niños la bronconeumonía puede desarrollarse rápidamente á consecuencia de un estado catarral, ligero á primera vista, de las altas vías aéreas.

Por lo demás, el enfriamiento juega un gran papel en la producción de todas estas bronconeumonías, lo propio que en la de la neumonía lobular, debilitando los procesos de defensa ó exaltando la virulencia de los gérmenes. Sin embargo, la bronconeumonía se distingue de la neumonía lobular en que aquella puede ser producida por gérmenes muy variados y por los caracteres de las lesiones anatomopatológicas, que son difusas y se extienden á los dos pulmones en forma de focos, separados por zonas de tejidos menos alterados y permeables al aire. Al mismo tiempo, estos nódulos se encuentran en fases más avanzadas los unos que los otros.

En estos últimos tiempos se ha añadido á la patogenia aerógena de la bronconeumonía, la patogenia enterógena que estaría constituida por el paso de bacterias intestinales (coli) á la sangre y de la sangre á los pulmones, lo que constituye una septicemia, que es lo que podría explicar la frecuencia de las neumonías post-operatorias. Pero no se observa en la clínica ninguna relación precisa entre las afecciones intestinales y la aparición de bronconeumonías y es posible que la presencia de gérmenes intestinales en los focos bronconeumónicos, presencia que ha sido invocada como argumento favorable á la patogenia enterógena, debe ser atribuida á una contaminación bucal del niño ya enfermo. Por consiguiente, la patogenia euterógena no está fuera de duda.

La bronconeumonía adquiere una particular gravedad cuando se presentan la asfixia ó la insuficiencia del miocardio. La asfixia es debida á la disminución del campo respiratorio y al obstáculo mecánico que se opone al paso de la sangre á los pulmones. La insuficiencia del miocardio es debida: 1.º, á la acción tóxica de los venenos microbianos sobre el miocardio y sobre los centros nerviosos cardíacos, de donde provienen la hipotensión y la taquicardia compensadora; 2.º, al esfuerzo impuesto al corazón para vencer el obstáculo mecánico que se opone á la circulación pulmonar; 3.º, á la acción nociva del anhídrido carbónico que la sangre contiene en exceso, sobre los centros nerviosos del corazón.

Los caracteres de percusión y de auscultación varían según las diferentes formas. El autor estudia estas variedades é insiste en la necesidad que existe de tenerlas en cuenta.

El pronóstico debe establecerse en cada caso particular: es decir, según la edad, la resistencia específica, las formas de la bronconeumonía, las condiciones higiénicas, etc.

Para el diagnóstico, es preciso estudiar con atención no sólo el estado local, sino también el estado general, sobre todo en las formas tóxicas.

El autor señala el valor clínico de la continuidad de la disnea, es decir, cuando la frecuencia respiratoria persiste sin interrupción, especialmente cuando se va á auscultar al niño, mientras que se interrumpe ó disminuye durante algunos minutos si es debida únicamente á un estado febril.

Es difícil distinguir las formas tuberculosas de las no tuberculosas. Triboulet cree, sin embargo, que en estas últimas, la inyección de colargol determina una crisis leucocitaria que no se produce en las primeras.

El tratamiento debe ser sobre todo higiénico y físico. La temperatura de la habitación, que debe ser espaciosa y aireada, será de 20 á 25°. La revulsión por el procedimiento de la envoltura húmeda y caliente de Priessnitz es muy útil (suspenderla á las tres horas si la temperatura no pasa de 40°), lo propio que el empleo de cataplasmas ó de compresas sinapizadas, si la revulsión debe ser más intensa. Es preciso descartar el empleo de los vejigatorios, por ser perjudiciales. La alimentación debe ser nutritiva. Baños calientes, templados, ó calientes con aspersiones frías. Baños carbogaseos para la debilidad cardíaca. Inhalaciones de oxígeno en la cianosis. No es preciso dar una gran importancia al suero antidiftérico. Tratamiento farmacológico (ipecacuana, licor amoniacal anisado, tártaro emético, alcanfor y cafeína como excitantes del corazón; digital y esparteína como tóxicos cardíacos).

Inhalaciones y pulverizaciones de benzoato de sosa ó balsámicos ó chorros de vapor con la caldera de Pirquet. (*Revista Española de Medicina y Cirugía*, Diciembre 1918.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **El escorbuto en los niños, por W. Tobler.**—El autor ha observado en Viena aproximadamente unos 200 casos de escorbuto en los niños. La enfermedad, que ataca en la misma proporción á los dos sexos, debuta de una manera casi inadvertida. Después que se encuentran afectadas las encías, sobreviene, ya bruscamente, ya después de algunos días de malestar general, un segundo período más doloroso; el niño no puede erguirse, ni aun extender las piernas, anda difícilmente y apoyado en la puntas de los pies. Si se demora el tratamiento aparecen las contracturas. El estado de la encía empeora; las hemorragias se producen también en los miembros inferiores, alguna vez profundas y hasta musculares.

Este cuadro puede ser incompleto, sobre todo las hemo-

rragias gingivales pueden faltar; la presencia ó la ausencia de los dientes es de importancia en esto y, según el autor, es inexacto hablar de similitud entre la enfermedad de Basedow y el escorbuto, á causa de la rareza en la primera de las hemorragias de las encías.

La causa de la enfermedad es desconocida; la alimentación defectuosa. Entre los casos observados, un número bastante grande corresponden á niños que viven en buenas condiciones higiénicas y bien nutridos, pero con productos químicamente demasiado transformados. La falta de legumbres frescas, de frutas, de leche, ha hecho mucho daño; una influencia cierta debe ser atribuida á la predisposición individual y probablemente también familiar, porque sucede con frecuencia que niños colocados en condiciones idénticas, unos son atacados y otros no.

El tratamiento habitual (complemento de la alimentación por los limones, manzanas ácidas, etc.), es rápidamente eficaz, aun en los casos graves. Pero lo que es más interesante, es que el autor ha renovado con éxito un antiguo procedimiento preconizado por Erhenius en 1708, que consiste en hacer beber á los enfermos una poción de agujas de abeto.

Se frota y rompen primero estas agujas entre las manos, luego se vierte encima el agua hirviendo y se deja en infusión hasta que se advierte el fuerte y muy agradable olor de la planta. (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 14 de Septiembre de 1918.)

TERAPÉUTICA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Tratamiento de las localizaciones respiratorias de a epidemia reinante por la autoseroquimioterapia, por el Dr. Valero.—He aquí las conclusiones que establece el Dr. Valero en la memoria presentada á la Real Academia Nacional de Medicina y en la que estudia los resultados obtenidos en la bronconeumonía gripal por su procedimiento de la autoseroquimioterapia:

1.^a Con el nombre de *autoseroquimioterapia*, designo el procedimiento curativo de las localizaciones infecciosas en el aparato respiratorio, y que consiste en inyectar al enfermo cantidades variables de serosidad obtenida en el mismo, mediante vexcación por vejigatorio cantaridado.

2.^a La *autoseroterapia* (inyección de suero de la sangre, de la sangre misma—autohemoterapia—y de los exudados serosos, natural ó artificialmente producido—ascitis, hidrocele, pleuresía, vejigatorio—) obra en los casos en que está indicada por mecanismos biológicos mal determinados aún, pero de visible energía y eficacia curativa.

3.^a Siendo de presumir muy fundadamente que los fracasos de la seroterapia dependan en gran parte de la distancia zoológica existente entre el hombre y el animal de donde procede el suero, la *seroterapia homóloga* se impone como más científica, y, por consiguiente, la *autoseroterapia* lleva al máximo este individualismo seroterápico. Aparte de otras acciones poco conocidas, pero de gran eficacia curativa, que, como sabemos, poseen los *autosueros*.

4.^a Aunque es parecida la composición del suero de la sangre y de la serosidad obtenida por revulsión cantaridada, se comporta ésta clínicamente como dotada de una energía diez veces mayor que el suero de la sangre, ya que las dosis de ambos productos guardan la relación de uno á diez.

5.^a La acción que poseen las pequeñas dosis de cantaridina, de provocar un derrame seroso que se comporta como bactericida y antitóxico, limitado precisamente á los focos flogósicos y sin acción sobre las partes sanas del órgano atacado, me indujeron á acoplar á la acción compleja de la

serosidad la citada de la cantaridina. De aquí el nombre que doy al procedimiento.

6.^a La técnica del procedimiento, por su facilidad é inocuidad, está al alcance de todos.

7.^a La posología, aún no bien determinada, varía según las circunstancias, siendo la dosis mínima 2 c. c. y la máxima 12 c. c.

8.^a La acción sobre el enfermo se manifiesta á veces desde las tres horas que siguen á la inyección. Influye sobre la temperatura, el pulso, la respiración y los signos estéticos. Aumenta siempre la tensión sanguínea. Las curaciones por crisis son frecuentes.

9.^a Las contraindicaciones serán el embarazo, las nefritis, en los prostáticos y en los diabéticos.

10. No se ha registrado nunca signo tóxico ninguno ni la menor alteración en el aparato genitourinario.

11. Hace falta determinar de un modo preciso las variaciones del índice opsónico, de la fórmula leucocitaria, de poder aglutinante del suero, etc., y conocer de un modo exacto la cantidad de cantaridina contenida en la serosidad. (*España Médica*, 1 de Enero de 1919.)

ODONTOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Influencia de la salud en general sobre los tejidos orales, por el Dr. Leroy M. S. Miner.—Deduce el autor de su estudio las siguientes conclusiones:

1.^a La íntima relación que existe entre los tejidos de la boca y de las demás partes del cuerpo.

2.^a La necesidad de dar más amplia esfera de acción al dentista en medicina, como sucede con otros especialistas, con el oculista por ejemplo, tan pronto como sean mejor apreciadas estas relaciones.

3.^a La necesidad de una cooperación entre el dentista y el médico.

4.^a La necesidad de hacer estudios profundos y conscientes á fin de ampliar los conocimientos que se tienen de los puntos tratados en este trabajo. (*Revista Dental*, Habana Agosto 1918.)

SIFILOGRAFIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. La sífilis y sus peligros. Cómo pueden evitarse, por el Dr. José Raíces.—El autor propone las siguientes medidas para evitar la propagación de las enfermedades venereosifilíticas:

1.^a Supresión absoluta de la reglamentación de la prostitución.

2.^a Enseñanza sexual en la edad próxima á la pubertad.

3.^a Obligación de tratar durante su permanencia en las filas del ejército á todo enfermo llamado á incorporarse en ellas.

4.^a Establecimiento en todas las instituciones del Estado que ocupen gran número de obreros ó empleados, de una asistencia médica especialmente destinada á estas enfermedades.

5.^a Difusión por todos los medios de la enseñanza de los peligros del mal venéreo sifilítico.

6.^a Intensificar los medios de facilitar la asistencia de los enfermos existentes ya tratándolos en consultorios externos, ya facilitando la hospitalización de los que por cualquier causa no pudiesen asistir á ellos. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 14 de Noviembre de 1918.)

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

Momentos críticos.—...A defenderse.

Pocos momentos habrá atravesado desde hace muchos años la profesión médica española, que puedan calificarse con tanta justicia como el presente, de críticos y aun de amenazadores y decisivos. La cuestión de la autonomía, planteada urgentemente por las reviviscencias medioevales y los pujos anseáticos entremezclados de aspiraciones celosas de metrópoli, nacidos en ciudades prósperas por el calor y el sacrificio de la patria toda, han comunicado al país, en general, un espíritu de impaciente reforma y han impuesto en las esferas gubernamentales medrosidades incomprensibles que tienden á la azorada resolución de un problema que solamente debiera tenerla en el mesurado estudio del desarrollo administrativo nacional y en las consecuencias experimentales de lo ya planteado en el sentido mismo de la aspiración bulliciosa de un puñado de impacientes.

No es de nuestra incumbencia el tratar en una revista científico profesional, lo que puede llamarse la medula y el fundamento político de la cuestión; dejémoselo á los profesionales de la política, ó cuando menos, reservémonos nosotros mismos de tratarlo en otros terrenos ó en otras esferas de nuestra actividad. Lo importante aquí, lo que se nos impone categóricamente es el llamar la atención primero, y desplegar la actividad después, para impedir, en lo que de nosotros dependa, que se lleve á cabo un verdadero atropello de desconcierto, en la ya desmedrada y confusa legislación de la Sanidad pública española y como consecuencia natural la acentuación de las vejaciones y desamparo de que se ven amenazadas las sufridas clases, cuya voz llevamos y cuyo interés representamos desde hace tanto tiempo.

En lo que hasta nosotros llega como resultado de los trabajos de la Comisión extraparlamentaria que ha de elevar una ponencia al Gobierno, para que éste la lleve á las Cortes en forma de proyecto de ley, resolviendo el pleito de la autonomía, caprichosamente interpuesto por el amenazador desconcierto, en medio de los problemas múltiples de nuestra política nacional y exterior; de lo que podemos

conocer al través de las notas oficiosas publicadas por la prensa, lo que claramente se deduce es que la Sanidad pública no se reconoce como una función peculiar y exclusiva del Estado y que sus agentes y representantes quedarán en lo sucesivo mucho más desamparados y entregados á las arbitrariedades del caciquismo desapoderado, de lo que se encuentra en la actualidad. Lo que resulta, por lo que hasta ahora sabemos, es que esos Ayuntamientos que vienen rigiendo poblaciones que se llaman y se envanecen con el autoapelativo de cultas cuando arrojan en sus estadísticas una mortalidad del 28 por 1.000, cuando tienen infectadas, si no envenenadas sus escasas aguas potables y carecen de redes de alcantarillas; lo que parece resultar es que esas Diputaciones provinciales en cuyos establecimientos benéficos mueren de hambre y de frío los asilados, en cuyas Inclusas siega la muerte la niñez abandonada, que todas estas ruedas administrativas necesitadas del acial de la inspección central, van á caminar en lo sucesivo sin brida ni freno, al antojo y arbitrio de los muñidores locales, que sin duda por su histórica desaprensión se han hecho dignos de tan ilimitadas libertades.

No bastaba por lo visto, que los servicios médicos vinieran siendo una excepción dentro de la Administración local: asegurados el porvenir y la respetabilidad de los párrocos, garantizada la independencia y aumentado el estipendio de los maestros, organizados los empleados penitenciarios, los secretarios municipales, los contadores de fondos, sólo quedaba como excepción para blanco de las arbitrariedades caciquiles el médico á quien todavía sostenía la esperanza de que llegara un momento de justicia y de reivindicación más lógica en él que en funcionario alguno, por ser la función que él desempeña de índole tan claramente nacional y centralista, que el desconocerlo, sólo puede tener una de dos explicaciones: ó la ignorancia supina ó la desatención desaprensiva.

¿Qué cabe hacer? ¿Qué debemos aconsejar? Ante todo serenidad y energía, revisión de nuestros medios y actividades, concierto y unión en el propósito y en los medios de su realización.

Este es el momento en que políticos y profesionales, hombres de administración y hombres de

ciencia, todos los médicos que no consideren su profesión como un simple *modo de vivir*, deben desplegar sus actividades, poner en juego sus influencias y levantar sus voces en todos los sitios en que juntos ó separados las puedan hacer oír. No se trata de provocar algaradas escandalosas ni protestas amenazadoras que podrían servir de nuevo pretexto para más acentuadas imposiciones; trátase de llevar á la Comisión que perjeña, al Gobierno que ha de aprobar, al Parlamento que ha de sancionar, al Rey y á la nación toda, la representación individual y colectiva de nuestro convencimiento en beneficio de España y de nuestra queja en vindicación de la justicia. Han pasado ya las oportunidades (si alguna vez la tuvieron) de las propagandas vagas é indefinidas. Los periódicos de la clase deben abandonar ya esos lugares comunes mal definidos é inocentemente picarescos del... *hay que pedir... hay que hacer... hay que reclamar*, para sustituir tales tópicos con proposiciones claras y concretas, y alrededor de ellas agrupar todos los elementos convencidos, desinteresados y eficaces para la consecución de los fines que nos están confiados por la vida y la salud nacional, por la restauración de nuestra desmedrada raza y por los derechos desconocidos y la dignidad desairada de nuestra clase.

Nos consta que los representantes en Cortes que ostentan el título de médicos y los que sin ostentarlo tienen fe en la santidad de nuestra causa, se reunirán mañana para procurar influir desde su origen en la Comisión en las decisiones de ésta; para ello los Sres. Cortezo y Francos Rodríguez han citado, respectivamente, á los senadores y diputados médicos á una reunión en que se acordará el debido plan de conducta. Por su parte es de esperar que las organizaciones representativas de los Colegios provinciales y de los Cuerpos sanitarios secundarán práctica y eficazmente las iniciativas que á todos nos interesan y más que á todas á la misión humanitaria que en mal hora nos hemos impuesto.

No podemos creer que una Comisión de que forma parte D. Antonio Maura, autor de los famosos artículos de la Instrucción de Sanidad, en que se consideraban habitualmente delegadas en los representantes sanitarios las funciones gubernativas y administrativas, desde el alcalde hasta el ministro, cuando de higiene y salubridad se trataba; no podemos creer que una Comisión de que forma parte el Sr. Ruiz Jiménez, autor, del Real decreto de garantía del pago de los titulares, en el que se imponía á los Ayuntamientos como obligación ineludible y atención preferente la satisfacción de unos haberes, sin las que no podían ser aprobados los presupuestos municipales; no podemos creer que una Comisión de que forma parte el señor conde

de Romanones, presidente siquiera sea *honoris causa* de la Junta de Patronato y defensa del Cuerpo de Médicos titulares y que es al propio tiempo presidente de un Gobierno de que forma parte nuestro compañero el Sr. Gimeno, no podemos creer, decimos, que esa Comisión pueda desatender nuestra aspiración que desde luego formulamos en estos concretos términos: «Recabar para la Sanidad y sus funcionarios el mismo carácter de función de estado y las mismas garantías y organización que para los funcionarios de Instrucción pública».

Esta es la fórmula que hoy creemos práctica, asequible y justa; á todos se la proponemos y de todos esperamos que por una vez siquiera den muestra de unión, de aspiraciones y de convencimiento de propósito.

Ajustado ya nuestro número, llega á nuestro conocimiento que S. M. el Rey ha firmado un Real decreto en el que sustancialmente se contienen los preceptos y orientaciones de la ley contra las enfermedades evitables que hace tiempo naufragó en los mares legislativos. Nuestro aplauso incondicional al Sr. Gimeno, quien nos demuestra que su atención ocupada en los graves problemas políticos que le agobian no olvida los que fundamentalmente son más importantes para el bienestar y el porvenir del país que gobierna; pero... ¿geree nuestro querido compañero que con la ley de autonomía *in farfara* servirán de mucho sus desvelos y tendrán aplicación sus disposiciones?

DECIO CARLAN.

MITIN SANITARIO EN TOLEDO

Con el fin de expansionar las ideas de higiene popular que en los tres mítines celebrados en la capital se vertieran, los organizadores de estas reuniones designaron como sus representantes á los Sres. Cortezo, Francos, Recasens y Juarros para que celebrasen uno en el mismo sentido en la vecina Toledo por ser esta ciudad una de las menos higiénicas y en la que supera la cifra de mortalidad á la de nacimientos.

Las autoridades de aquella provincia se han dado perfecta cuenta de la necesidad de una campaña de la transcendencia de ésta, llevando su excesiva cortesía al extremo que supone el que la primera autoridad gubernativa haya acompañado á los viajeros desde la estación de Madrid hasta el hotel donde se habían de hospedar en Toledo.

En el tren de las nueve y cuarto de la noche del último domingo y en compañía, como decimos, del gobernador de aquella provincia D. Emilio Díaz Moreu, salieron de Madrid los Sres. Cortezo, Francos Rodríguez, Recasens y Juarros. La cena con que obsequió el mencionado gobernador á los expedicionarios du-

rante el viaje, fué espléndida y constituyó un acto de aproximación entre las autoridades y los representantes y portavoces de la idea que preside el pensamiento divulgador de la higiene popular, y en no pocos momentos confidencial ayuda para que la campaña fuese efectiva y atinada.

Los ilustres viajeros fueron recibidos á su llegada á Toledo por una escogida comisión que representaba al Colegio de Médicos y á las entidades y agrupaciones médicas de aquella capital. Hospedados en el Hotel Castilla, fueron visitados los expedicionarios, á la mañana siguiente, por amigos y comisiones que les acompañaron á visitar, antes de la hora en que había de celebrarse el mitin, algunos lugares de la histórica ciudad que el conocimiento artístico de los visitantes no hacía coincidir con los que vulgarmente frecuenta el turista y que ellos solicitaron para poder apreciar principalmente el estado sanitario de la capital vecina; y acto seguido acudieron á la hora señalada al teatro Rojas á cuya puerta se hallaba estacionado el selecto público que había de escuchar á los oradores y que no sintió en entrar en tanto no lo hicieran ellos.

La sala del teatro se llenó totalmente de distinguido público, entre el que eran dignas de apreciarse, aparte de las representaciones profesionales, las de la Academia de Infantería, Diputación provincial, Ayuntamiento, Juntas de Caridad y Beneficencia y la muy selecta del vecindario integrada por las familias más distinguidas de políticos, industriales y contribuyentes, haciéndose únicamente notar la ausencia de las representaciones eclesiásticas á pesar de haber sido debidamente invitadas, sin duda por motivos de hora.

Presidió el solemne acto el gobernador Sr. Díaz Moreu asistido del alcalde de aquel Ayuntamiento y personalidades más relevantes. Usó de la palabra en primer término el Sr. Cubells (D. Arturo), inspector provincial de Sanidad, que, encargado de presentar á los oradores madrileños y después de hacer un elocuente elogio de sus personalidades, consideró inútil la labor que se le había encomendado por tratarse de personas conocidas de todos.

Le siguió en el uso de la palabra el Sr. Francos Rodríguez, quien con su acostumbrada elocuencia y tino, supo determinar á la perfección el fin que la campaña emprendida se propone; explicó las razones, con la estadística en la mano, de por qué Toledo era la ciudad que más urgentemente necesitaba de esta reprensión pública.

Juarros, con su peculiar sistema de hacer comprender las verdades más crudas bajo la forma de una oratoria llena de gracias y severidades, que á un tiempo son catilinarias y halagos, advirtió al vecindario, en su mayor parte ignorante de ello, que el agua que consume fué infectada, y aun lo está, por la desembocadura de una alcantarilla á poca distancia y aguas arriba de la toma que hace el servicio de la población. Dice de Toledo que es el santuario del espíritu castellano y que los toledanos no velan porque sus custodios no vayan desapareciendo y degenerando en la forma que las estadísticas acusan.

El ilustre catedrático de esta Facultad D. Sebastián Recasens pronuncia un discurso elocuente y razonado criticando la arraigada costumbre clásica en la provincia y en no pocos lugares de la capital, de la asistencia á los partos por personas desprovistas de todo conocimiento, que ocasiona un tanto por ciento elevadísimo, en general en toda España, de defunciones en un acto que debe ser considerado como el primordial para la conservación y progreso de la raza.

Asevera como base principal de su disertación, que es preferible en el trance del parto la total falta de asistencia, dejando al esfuerzo de la naturaleza la realización del acto, á la intervención de personas que aparte de hallarse desprovistas de todo título profesional, con la invocación de sus falsos conocimientos y augurios faltos de toda base científica, ocasionan en no pocos casos la muerte de la parturiente provocada por infecciones que en el mayor abandono de la enferma nunca surgirían.

Habló á seguida el Sr. Cortezo explicando el resultado del detenido estudio por él hecho de las estadísticas de la provincia de Toledo y de su capital, que dan el resultado extraño de significar solamente un coeficiente de mortalidad de 22 por 1.000 en la primera, mientras que en la ciudad pasa del 33 por 1.000, y demostró que esta diferencia no provenía de la proporción de esas enfermedades que se explican por la vida de las urbes populosas, sino por la descuidada atención de la infancia, sobre todo en los dos primeros años de la vida. Esto le sirvió de base para la parte principal de su disertación, que versó sobre la lactancia materna, la mercenaria y la artificial, llamando la atención sobre los dos aspectos educativo y fisiológico respecto á cada una de ellas. También se ocupó de la alimentación del niño después del destete y alternativamente con la lactancia, atribuyendo á los errores y prácticas rutinarias que generalmente se siguen, la enorme cifra con que figuran en las estadísticas las enteritis y disenterías infantiles, que al producir en muchas ocasiones la muerte explica la cifra de más de 1.200 niños que arrojan las estadísticas sanitarias de Toledo y su provincia.

A continuación, el Sr. Díaz Moreu hizo uso de la palabra y en breves pero atinadas frases agradeció en nombre de Toledo entero y como representante del Gobierno de S. M., el desinterés, la energía y constancia con que vienen realizando la campaña en pro de la higiene popular las más relevantes figuras de la medicina patria.

Todos los oradores fueron saludados al principio de sus disertaciones, y al final de ellas premiados con prolongadas y entusiastas salvas de aplausos.

Terminado el acto un numeroso grupo de los asistentes acompañaron á los excursionistas en su visita al laboratorio municipal, que á pesar de los escasos medios económicos de que puede disponer, se halla bien montado y realiza servicios útiles. Se sacaron algunas fotografías de los visitantes y departamentos del laboratorio, y acto seguido el numeroso grupo se encaminó al Hotel Castilla donde había de celebrarse el banquete.

te con que obsequiaban á los ilustres madrileños. A pesar de la condición limitativa que se puso para la asistencia al acto, fueron más de 50 los comensales que representaban la clase médica de la capital y que en la charla amistosa que al final de la comida constituyeron los discursos del alcalde, del Sr. Cortezo, del gobernador, del Presidente del Colegio de Médicos y de los Sres. Francos, Recasens y Moreno, pudo observarse una tendencia general y sincera á poner en práctica muchos de los procedimientos y reformas que se predicaron en el mitin para la consecución de una higiénica vida que conduzca al progreso y robustecimiento de la raza.

Terminado el banquete todas las personalidades que á él asistieron hicieron una excursión en coches y automóviles á la Virgen del Valle, desde donde se encaminaron, sin entrar nuevamente en Toledo, á la estación del ferrocarril nueva, que estuvieron visitando hasta el momento de partir el tren que los trajo á Madrid acompañados del hospitalario gobernador de la imperial ciudad Sr. Díaz Moreu.

LA AUTONOMÍA MUNICIPAL Y LA BENEFICENCIA Y SANIDAD

Hoy está de moda pedir autonomías: autonomía regional integral, autonomía regional administrativa y autonomía municipal. No nos consideramos competentes para exponer nuestra opinión sobre las dos primeras, ni este periódico es lugar adecuado; sólo vamos á ocuparnos de la tercera, desde el punto de vista de la Beneficencia y Sanidad.

No nos extraña que los Municipios pidan la autonomía, porque así podrán hacer cuanto se les antoje, sin temor á que el Poder central coarte su libertad, ni fiscalice su administración, ni exija responsabilidades aun cuando hubiese hechos punibles. Los ediles serán entonces más respetables, gozarán de más impunidad y los cargos reportarán más utilidad. Tampoco nos asombra que haya algunos políticos que apoyen tales peticiones, porque quizás deban muchos favores á los Municipios, y como dice el refrán: «amor con amor se paga». Pero lo que nos extraña, asombra y admira es que los políticos que dicen ser los genuinos representantes del pueblo—porque alcanzaron tan honroso cargo sin apelar á trampas, ni á coacciones, ni á sobornos—y llevan estampados en sus banderas los lemas de Justicia, Igualdad, Libertad y Fraternidad, sean también partidarios de que se conceda la autonomía á los Municipios. Pues una de dos: ó los citados lemas son una trampa para conquistar prosélitos, ó esos políticos desconocen por completo la manera de funcionar los Municipios, sobre todo rurales. Nos inclinamos á creer lo segundo, y, en este supuesto, los médicos titulares, ya por patriotismo, ya por interés propio, debemos ilustrarlos sobre la materia.

Están constituidos los Ayuntamientos rurales por individuos que apenas saben leer ni escribir, quienes, dóciles y mansos como corderos, hacen todo lo que les manda el cacique, que unas veces es el alcalde y otras el secretario. El cacique, erigiéndose en señor absoluto, asume las funciones que debe desempeñar la Corporación municipal; reparte los tributos, crea arbitrios, confecciona los presupuestos,

impone multas, etc., etc. Sería perdonable este absolutismo si el cacique inspirara sus actos en los dictados de la justicia, equidad y moralidad, pero desgraciadamente no es así, sino que el cacique es injusto, vengativo, tramposo y ladrón. Y en cuanto á la Beneficencia y Sanidad, ¿cómo se comportan los caciques? Mal, muy mal, como vamos á ver.

Hay pueblos donde los pobres enferman y mueren sin asistencia facultativa; hay otros que, si bien tienen médico y farmacéutico titulares, el cacique consigna una cantidad irrisoria para medicinas—conocemos un Municipio que destina 25 pesetas solamente para 300 familias pobres;—los enfermos que ingresan en el hospital del pueblo se mueren de hambre; la higiene se desconoce; la sanidad es letra muerta; los titulares son perseguidos y no se les paga, etc.

Pero se nos dirá que si ocurren tales cosas es porque los Municipios no cuentan con recursos suficientes para esas atenciones. Es cierto; mas eso es debido á que los recursos, en vez de ingresar en las arcas municipales, van á parar á los bolsillos de los caciques. Así se ve que éstos viven y prosperan, mientras los Municipios arrastran una existencia precaria, aconteciéndoles lo mismo que al organismo animal que lleva en sus entrañas parásitos que le sustraen los elementos necesarios para su nutrición y desarrollo.

Estando, como hemos dicho, los Municipios dominados por los caciques, ¿será justo que se conceda á aquéllos la autonomía? No y mil veces no. Pues eso sería dar más libertad á los caciques para explotar y tiranizar al pueblo; eso sería darles más impunidad de la que disfrutaban en los abusos que cometen; eso sería, en fin, la exaltación y consagración del caciquismo.

No está España para autonomías. Mientras haya analfabetos, mientras la mayoría siquiera de los ciudadanos no sean conscientes de sus derechos y deberes, el Estado, como padre celoso del bien de sus hijos, no debe dejarlos de la mano, debe ejercer sobre los mismos vigilante tutela, impidiendo que caigan en manos de unos cuantos malvados que los exploten y tiranicen, y si cayeron debe apresurarse á levantarlos, especialmente cuando la caída fué por falta de celo del mismo Estado, como ahora viene sucediendo en los pueblos rurales.

Los políticos que defienden la autonomía de los Municipios—nos referimos á los políticos de la extrema izquierda—para hacer honor á los lemas de sus banderas, deberían hacer una campaña al revés: combatir hasta extirpar la maldita planta del caciquismo, pues es una vergüenza que en España y en el siglo XX haya señores de horca y cuchillo como en la Edad Media. ¿Cómo se extirparía el caciquismo? Suprimiendo los Municipios y Juzgados rurales que son la guarida donde se albergan esos lobos llamados caciques. No darían resultado otras medidas. No sería bastante depurar el sufragio y reformar la administración de justicia, porque en los pueblos rurales, fuera del médico, del farmacéutico, del maestro y del cura, no hay otras personas honorables é ilustradas de las que pueda echar mano el pueblo y la justicia para ocupar cargos en el Concejo y en el Juzgado, y si hubiera alguna otra, el jefe político local le pondrá el veto para que los ocupe, á no ser que sea de su bandería y acredite en su hoja de servicios ser tramposo, vengativo, déspota, que son los méritos que debe tener el aspirante á alcalde, á secretario y á juez municipal rural.

R., médico titular.

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO
IGUAL EN COMPOSICION Y PUREZA AL NEUTRALON ALEMAN
Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

Sección oficial.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA
Y BELLAS ARTES

Subsecretaría.

En la *Gaceta* del 20 de Diciembre pasado se publican las siguientes disposiciones:

En virtud de concurso de traslación,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha resuelto nombrar á D. Antonio Salvat y Navarro, catedrático numerario de Higiene con prácticas de Bacteriología sanitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, con el mismo haber anual y número del escalafón que actualmente tiene.

Por consecuencia de este nombramiento, y de conformidad con lo prevenido en el art. 4.º del Real decreto de 31 de Julio de 1904, se declara vacante la Cátedra de igual denominación, de la que el interesado es titular en la Universidad de Sevilla.

De Real orden comunicada lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 24 de Diciembre de 1918.—El subsecretario, *López Monís*.—Señor ordenador de pagos por Obligaciones de este Ministerio.

En virtud de concurso de traslación,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha resuelto nombrar á D. Joaquín Frías y Pujol, catedrático numerario de Anatomía topográfica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, con el mismo haber anual y número del escalafón que actualmente tiene.

Por consecuencia de este nombramiento, y de conformidad con lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 31 de Julio de 1904, se declara vacante la Cátedra de igual denominación, de la que el interesado es titular en la Universidad de Zaragoza.

De Real orden, comunicada por el señor Ministro, lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 24 de Diciembre de 1918.—El subsecretario, *López Monís*.—Señor ordenador de pagos por Obligaciones de este Ministerio.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,3; mínima, 679,4; temperatura máxima, 9,6; id. mínima, 0,1; vientos dominantes, S., NE., NNE., O. y SO.

Siguen con muy escasas diferencias presentándose los mismos padecimientos que en los últimos esta los hemos señalado. Los agudos benignos del aparato respiratorio han aumentado en número y los graves siguen afectando la forma bronconeumónica-infecciosa gripal, aunque no en alarmantes proporciones. Sigue la viruela. La mortalidad se mantiene en los límites que repetidamente hemos consignado; es decir, con algún aumento relativamente al año anterior.

Mortalidad de Madrid en Diciembre de 1918 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Diciembre de 1918.
Menores de 1 año.....	243	214
De 1 á 4 años.....	196	221
De 5 á 19.....	98	165
De 20 á 39.....	184	356
De 40 á 59.....	305	388
De 60 en adelante.....	469	468
Sin clasificación.....	4	4
TOTAL.....	1.499	1.816

Comparación por diagnósticos de más importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Diciembre de 1918.
Fiebre tifoidea.....	8	6
Tifus exantemático.....	1	1
Viruela.....	22	81
Sarampión.....	15	3
Escarlatina.....	3	1
Coqueluche.....	3	4
Difteria.....	21	8
Gripe.....	18	150
Otras epidémicas.....	6	7
Tuberculosis pulmonar.....	139	164
Idem meningea.....	14	8
Otras tuberculosis.....	21	33
Cancerosas.....	53	62
Meningitis simple.....	68	70
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	86	99
Orgánicas del corazón.....	128	138
Bronquitis aguda.....	128	95
Idem crónica.....	58	68
Pneumonía.....	45	38
Bronco-pneumonía y otras.....	148	226
Enteritis (menores de dos años).....	45	53
Cirrosis hepática.....	14	13
Nefritis.....	54	64
Septicemia puerperal.....	7	10
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	45	45
Senectud.....	46	48
Otras enfermedades.....	303	321
TOTAL.....	1.499	1.816

Varones..... 903
Hembras..... 913

FALLECIDOS DIAGNOSTICADOS DE GRIPE EN DICIEMBRE DE 1918

Por grupos de cinco días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	5	15	20
6 al 10.....	9	15	24
11 al 15.....	14	12	26
16 al 20.....	12	13	25
21 al 25.....	9	17	26
26 al 31.....	16	13	29
TOTAL.....	65	85	150

Por grandes grupos de edades:

EDADES	Varones.	Hembras.	TOTAL
De 0 á 4 años.....	6	12	18
5 á 9.....	4	2	6
10 á 19.....	4	8	12
20 á 39.....	31	37	68
40 á 59.....	13	15	28
60 en adelante.....	7	11	18
Sin clasificación.....	3	3	6
TOTAL.....	65	85	150

FORMA EN QUE HAN SIDO DIAGNOSTICADAS LAS AFECCIONES GRIPALES

Infección gripal.....	57
Bronconeumonía gripal.....	63
Neumonía gripal.....	12

LA DIABETES
Y SU COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI

que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día, fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura: muestros, LABORATORIO PESQUI Prim. 25. San Sebastián.

Bronquitis gripal.....	6
Intestinal ó abdominal.....	5
Endocarditis gripal.....	4
Meningitis gripal.....	1
Gripe torácica.....	1
Gripe generalizada fulminante.....	1
	150

FALLECIDOS DIAGNOSTICADOS DE BRONCONEUMONÍA
EN DICIEMBRE DE 1918

Por grupos de cinco días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	7	9	16
6 al 10.....	14	19	33
11 al 15.....	15	23	38
16 al 20.....	19	19	38
21 al 25.....	12	12	24
26 al 31.....	20	24	44
TOTAL.....	87	106	193

DEFUNCIONES POR VIRUELA

Por grupos de cinco días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	15	5	20
6 al 10.....	6	3	9
11 al 15.....	7	6	13
16 al 20.....	4	8	12
21 al 25.....	6	6	12
26 al 31.....	5	10	15
TOTAL.....	43	38	81

Por grandes grupos de edades:

Menores de 1 año.....	28
De 1 á 5 años.....	31
6 á 19 ».....	7
20 á 39 ».....	8
40 á 59 ».....	4
Más de 60.....	3
TOTAL.....	81

De los 100 barrios en que está dividido Madrid, en 63 no ocurrieron defunciones por viruela:

En Cuatro Caminos, 9; en Prosperidad, 7; en Huerta del Bayo, 6; en Bellas Vistas, 5; en Plaza de Toros, 5 en domicilio y 3 transeúntes en San Juan de Dios; en Calatrava, 4.

Se ha registrado en Diciembre un descenso en la mortalidad diagnosticada de gripe. En Noviembre ocurrieron por esta causa 202 defunciones y en este mes 150. Igualmente ha ocurrido con la viruela; de 117 ha descendido á 81.

La bronconeumonía sin otro calificativo, rúbrica en la que ha sido más notable el aumento de defunciones, se sostiene en la misma cifra, 192 en Noviembre, 193 en Diciembre.

El exceso de mortalidad madrileña en el último trimestre de 1918 con ser doloroso no alcanzó las tristes proporciones de otras localidades españolas y extranjeras, pues en el mes que más, fué de cuarenta centésimas por ciento sobre el promedio quinquenal correspondiente.

La enfermedad que merece plenamente el calificativo de evitable, la viruela, nos castiga y avergüenza con sus daños.

En compensación las otras afecciones infecto-contagiosas que atacan particularmente á la infancia registran este año cifras muy bajas. Sin la concomitancia de dicho exantema la mortalidad de niños hubiera sido pequeña; pero la epidemia llamada gripal ha causado sus estragos en la plenitud de la edad.

Merece fijar la atención de bacteriólogos, clínicos y de cuantos estudian el actual estado sanitario, el hecho de que el aumento de la mortalidad, por lo menos en Madrid, ha sido común á todas las afecciones del aparato respiratorio: crónicas ó agudas, y en segundo lugar á las cardiopatías tan relacionadas fisiológica y patológicamente con aquéllas. Las defensas del árbol traqueo pulmonar se han debilitado, ó la agresión aunque específica ha tomado diferentes formas.

Debe por consiguiente investigarse y estudiarse no tan solo la posible bacteria infectante y su toxina, sino también el estado de las defensas de los órganos torácicos; las secreciones externas é internas, conocidas ó desconocidas que á la lucha contribuyen y las influencias que sobre éstas ejercen pasajeramente, las alteraciones cósmicas, meteóricas y telúricas bien directamente, bien por modificaciones químicas del aire respirado.

LUIS LASBENNES

Crónicas.

La viruela en Logroño.—Noticias recibidas de esta capital dan cuenta de que en los pueblos de Fréjano y Villarroya se ha presentado la epidemia de viruela, con caracteres graves.

Es verdaderamente vergonzoso que estemos á estas alturas tan faltos de civilización. ¿Qué hacen aquellas autoridades?

Curamos con electricidad, rayos X y radium en sus diferentes formas, variedades y aplicaciones médicas, cáncer, lupus, bocio, tumores graves, reumatismo, gota, parálisis, neuralgias, neuritis y mielitis, dispepsias neuro-motrices, colitis muco-membranosa, graves afecciones de la piel ó cuero cabelludo, cicatrices deformes y enfermedades crónicas imposible mejorarlas con ningún otro medio. Instituto Radiumterápico, Princesa, 58. Aplicaciones desde cinco pesetas.

Los asilados se mueren de hambre.—Comunican de Sevilla que la Compañía del Gas ha cortado el fluido á la Casa-Cuna, por adeudarle la Diputación muchas mensualidades. Desde hace quince días, sólo comen los asilados pan duro mojado en agua, y á los del Hospicio no se les sirve la sopa por falta de aceite.

Al abastecedor de la Casa-Cuna se le adeudan 80.000 duros, y en todos los establecimientos benéficos que dependen de la Diputación, ocurre lo propio.

Qué bien vamos á andar con la autonomía.

Asociación de la Prensa.—En la última reunión celebrada por la Junta directiva de la Asociación de la Prensa, ha sido nombrado médico de la misma el doctor especialista en enfermedades del estómago D. Emilio Sánchez Car-pintero.

Su conocida reputación le hacía acreedor á tal puesto.

Nuestra enhorabuena.

Los estudiantes de Medicina y la gripe.—En el Ayuntamiento de Ciudad Real y bajo la presidencia del gobernador se ha verificado el reparto del diploma de gratitud á los alumnos de Medicina que ayudaron en la campaña sanitaria última.

Terminado el acto, la Junta de Sanidad les obsequió con un banquete.

De la misma capital comunican que varios médicos han

Los médicos en la epidemia necesitan ante todo sostener las fuerzas del enfermo y asegurar una rápida y completa convalecencia. Estas indicaciones las cumple maravillosamente el

"BIOTÓNICO ALBIÑANA"

poderosa medicación glicero-cacodílico-fosforada, de seguro efecto reconstituyente, que prescriben los médicos en todos los pueblos atacados.—Pídase en las farmacias bien surtidas y al depositario general, E. DURAN (S. en C.), Mariana Pineda, 10.—MADRID

visitado las redacciones de los periódicos á fin de quejarse de las dilaciones que encuentran en el ministerio de la Gobernación para que les sean abonados los servicios extraordinarios que prestaron durante la epidemia gripal.

Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.—Se abre un curso de estudios sanitarios, que empezará el 1.º de Febrero. La matrícula estará abierta del 10 al 25 de Enero. El programa y demás condiciones del curso está á disposición de los interesados en la secretaría del mismo. Sólo se admitirán 15 alumnos.

Banquete.—Los numerosos amigos y admiradores del eminente Dr. D. Julián de la Villa organizan un banquete en honor de tan notable cirujano para celebrar el extraordinario éxito de sus intervenciones quirúrgicas.

El acto tendrá lugar á la una de la tarde del domingo 12 del corriente, en el hotel Ritz, y las tarjetas, al precio de 20 pesetas, pueden recogerse en el Colegio de Médicos, Mayor, 1, segundo, y en las librerías de A. Romo, Alcalá, 5, y J. Ruiz, plaza del Príncipe Alfonso, 13.

Nuevo consejero.—Por Real decreto del Ministerio de la Gobernación ha sido nombrado consejero del Real de Sanidad, en la vacante ocurrida por fallecimiento de D. José Ubeda y Correal, el Dr. D. Jesús Sarabia y Pardo, distinguido paidópata y director del Hospital del Niño Jesús.

Le enviamos nuestra más cordial enhorabuena.

Concurso desierto.—Por Real orden se ha declarado desierto el concurso de traslación anunciado para la provisión de la cátedra de Oftalmología, vacante en la Facultad de Medicina de Cádiz, pues el único aspirante que se presentó no reunía las condiciones legales para obtenerla.

Consultas públicas.—En el Dispensario de urgencia del distrito del Centro, Plaza Mayor, 18, han sido prestados durante el mes de Diciembre los siguientes servicios:

Visitas de urgencia á domicilio, 102.—Casos de urgencia en el Dispensario, 597.—Casos judiciales, 31.—Asistencia á partos, 8.—Y en las consultas públicas gratuitas de medicina general, 98.—Medicina infantil, 132.—Cirugía infantil y ortopédica, 38.—Cirugía general, 43.—Boca y dientes, 460.—Pulmón y corazón, 331.—Estómago, intestinos é hígado, 160.—Vías urinarias, 93.—Ojos, 903.—Matriz y embarazo, 146.—Garganta, nariz y oídos, 452.—Piel, venéreas y sífilíticas, 403.—Sistema nervioso, 220.—Huesos y articulaciones, 65.—Vacunación y revacunación, 103.—Total de asistencias prestadas, 4.383.

—Durante el pasado mes de Diciembre han sido prestados en la Policlínica Popular de Madrid, de socorro de urgencia (Madera, 61), los servicios siguientes.

Servicios de urgencia á domicilio, 752; ídem íd. en la Policlínica, 165; casos judiciales, 4; enfermos asistidos en las consultas de especialidades, 936; operaciones practicadas en la Policlínica, 7; ídem íd. con estancia en la misma, 4; tratamiento por inyecciones, 1.259; vacunados, 927. Total de enfermos asistidos, 4.054.

—En la consulta y clínica de enfermedades de la matriz y del embarazo, instalada en la Casa de Socorro de la Inclusa, á cargo del Dr. Lizcano, se han prestado durante el año anterior los servicios siguientes:

Enfermas de la matriz, asistidas, 1.908; ídem embarazadas, 298; operaciones, 257; número total de asistencias, 6.840.

La consulta tiene lugar todos los días no feriados, de diez á doce, reservándose los miércoles para el tratamiento contra el aborto y parto prematuro.

Oposiciones á la Beneficencia provincial.—El próximo día 20 de Enero, á las seis y media de la tarde, comenzarán en el salón de actos del Hospital Provincial las oposiciones á médicos supernumerarios de guardia.

Los opositores que no asistan para realizar el sorteo de ternas en el día anunciado ó justifiquen legalmente su ausencia se entenderá que renuncian á su derecho de oposiciones.

Congreso de Sanidad civil.—Desaparecidas las causas que motivaron el aplazamiento del Congreso de Sanidad civil se ha acordado, previa consulta hecha á los 2.000 médicos adheridos al mismo, celebrarle los días 25, 26, 27 y 28 del actual.

Este Congreso se propone solicitar la creación del Cuer-

po de Sanidad civil, el pago de los titulares por el Estado y la formación del Montepío obligatorio.

Asimismo se acordará la fórmula de que los Ayuntamientos liquiden los créditos pendientes con los titulares, procedentes de atrasos, y se gestionará del Gobierno como urgente caso de justicia social la rápida concesión de pensiones á las familias de los médicos fallecidos en la epidemia en cumplimiento de su deber, muchas de las cuales se hallan en la más espantosa miseria.

Las Compañías ferroviarias han concedido á los congresistas la reducción de tarifa á mitad de precio, extensiva á sus familias, con sólo la presentación de la correspondiente tarjeta.

Esta tarjeta se facilita gratuitamente solicitándola del periódico profesional *La Sanidad Civil*, apartado 396, ó de las oficinas de la Comisión, Príncipe de Vergara, 25, Madrid.

CASA METZGER, Paseo de Gracia, 76, Barcelona, sirve toda clase de material para Laboratorios en el acto. Pídase catálogo.

IODASA BELLOT
Solución titulada
de **IDOPEPTONA**
IDO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE
8gotas: 1 centigramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.—Todas las indicaciones del iodo y los ioduros. Sin iodismo.

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de iodo alcalino.

Dosis.— Niños. . . De 5 á 20 gotas.—Adultos. . . de 10 á 50 gotas

Muestras y prospectos: **F. BELLOT**

Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

SOLUCION BENEDICTO
Glicerofosfato 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.

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT
(Reconstituyente)

Preparado por
JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO:
FARMACIA ROBERT-Lauria 74
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MEDICO por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1. — Madrid, Tel. 552

¿NECESITA V. UN CICATRIZANTE PODEROSO?
¿SI? Pues use el **BÁLSAMO COLOFÓNICO UNIVERSAL**. De venta en Madrid, depósitos de Pérez Martín, E. Durán y farmacias de Gayoso y Borrell Hermanos.