

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. CORTEZO
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 Inclusa 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.

SUMARIO: Epopeyas de la Medicina española: El Dr. Balmis y su obra, por D. José María Albiñana Sanz.—Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Síndromes cardio-tiroideos, por el Dr. D. A. del Cañizo.—¿Los casos de ictericia infecciosa que se observan en Tortosa corresponden a la espiroquetosis ietero hemorrágica?, por el Dr. D. Manuel Vilá.—El profesor Rafael Blanchard, por Gustavo Pittaluga.—Periódicos médicos.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo.—Sociedad Oftalmológica de Madrid, por A. Fajardo Zuñero.—Los forenses sustitutos.—La obcecación de un alcalde, por Tiburcio Jiménez de la Flor.—Sección oficial: Inspección general de Sanidad.—Montepío facultativo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

EPOPEYAS DE LA MEDICINA ESPAÑOLA

EL DR. BALMIS Y SU OBRA

POR

D. JOSÉ M.^a ALBIÑANA SANZ

Doctor en Medicina, Derecho y Filosofía y Letras (Sección de Historia), Académico correspondiente laureado de la Real Nacional de Medicina.

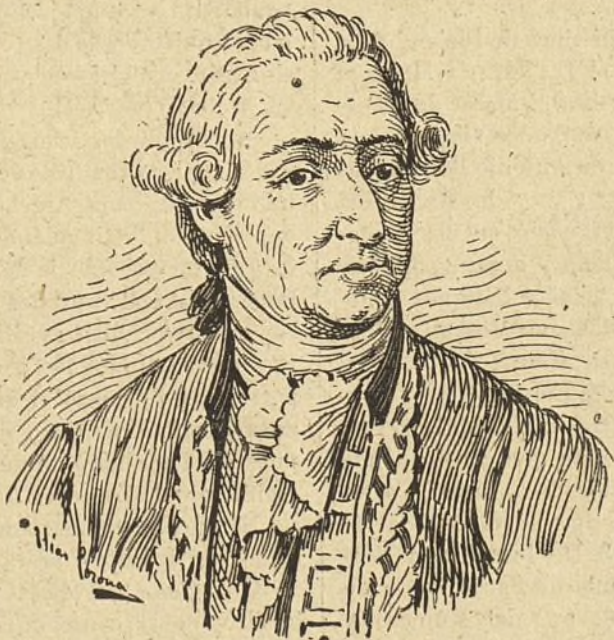
Preámbulo.

Cuando recibimos del ilustre director de EL SIGLO MÉDICO el honroso encargo de hacer este trabajo para el número que ha de conmemorar el primer centenario de la muerte de Balmis, confesamos que nos sentimos torpes y confusos; no podía resultar un estudio crítico, porque carecemos de autoridad para ello; tampoco una pieza de investigación histórica, porque los cien años que nos separan de la fecha de su muerte son poco tiempo para acumular dificultades relacionadas con la función investigadora. Nos circunscribiremos a una modesta información periodística, basada en documentos y sucesos de aquella época, y esto es lo que hoy ofrecemos al lector.

La posteridad, en cuanto al aspecto biográfico se

refiere, no ha sido muy generosa con Balmis; cierto que existen varios trabajos dedicados, unos, a estudiar a este eminente doctor español, y otros a referir sus provechosas expediciones científicas; pero, a nuestro juicio, el gran propagador de la vacuna merece ser más conocido de las generaciones presentes y futuras, y muy especialmente de los mismos médicos, para muchos de los cuales su nombre y su significación científica son seguramente desconocidos.

Cualquiera que consulte una Enciclopedia, se encontrará con unas cuantas líneas dedicadas a Balmis; pero no hallará unanimidad de información; mientras en unas figura como doctor en Medicina (Montaner y Simón), en otras aparece como cirujano (Espasa), diferencia profesional que tiene su importancia, dada la época de que se trata. Ni en dichas obras, ni en las de



Hoefler (*Biographie générale*, tomo IV, y Rose (*New Biographical Dictionary*) se consignan la fecha ni el lugar de su nacimiento y muerte. Vapereau no le cita en su *Dictionnaire Universel*, sin duda por no considerarle persona notable, ó acaso, y esto sería lo menos desagradable para la Ciencia española, por no estimarle contemporáneo.

Cualquiera que sea el trato que los catalogadores de hechos y personas le den, es lo cierto que Balmis ocupa un lugar eminente en la Historia de la Medicina española: y que lo mismo D. Eduardo Moreno Caballero, en su *Biografía de Balmis*, leída en 1885 en el Instituto Médico Valenciano; que Castillo Domper en su obra *Real Expedición Filantrópica para propagar la vacuna en América y Asia*; y Comenge en su magnífico trabajo *La Medicina en el siglo XIX*, hacen resaltar muy justamente el extraordinario mérito personal de Balmis y la transcendencia que esta cualidad tuvo en las humanitarias empresas por él acometidas.

Como complemento gráfico de esta información se acompaña el retrato de nuestro héroe, que debemos á la amabilidad de la Casa editorial Saturnino Calleja, en cuya colección figura.

Nacimiento de Balmis.

¿Dónde nació Balmis? Aunque, como ya hemos dicho, en los Diccionarios biográficos que más comúnmente se consultan no se consigna este detalle, resulta indiscutible que *Francisco Xavier de Balmis y Berenguer* nació en Alicante el día 2 de Diciembre de 1753. Como documento curioso acompañamos íntegra la partida de bautismo:

«El D.^r Joseph San Martín, Pbro. Theniente Cura de la Iglesia Parroquial de S.^{ta} María de esta Ciudad de Alicante. Certifico: que habiendo visto y registrado el libro 10 de Bautizados de dha Iglesia que empieza año 1748 y termina en el de 1756 al folio 201 se halla un mote del tenor siguiente:

En la Ciudad de Alicante en cinco de Diciembre de mil sett.^{tos} cinq.^{ta} y tres. Yo el D.^r Fern.^{do} Martínez cura propio de la Parroq.^l Ig.^a de S.^{ta} María de la expresada Ciu.^d. Bauticé y puse los Santos Oleos, según Rito de N. S. M. Ig.^a á un hijo de Antonio Balmis y de Lucía Berenguer, Conjuges nat.^s y vec.^s de esta Ciudad y feligreses de esta Ig.^a el qual nació en dos de los corr.^s entre dos y tres de la mañana y le puse por nombres Fran.^{co} Antonio: son sus Abuelos Paternos Antonio y Vicenta Bas, Conjuges. Maternos Joseph y Luisa Nicolini, Conjuges; Padrinos D.ⁿ Fran.^{co} Pavia, Consul de Nápoles y D.^a Luisa Milod, Conjuges á los cuales advertí el parentesco y obligación que contraxeron. —D.^r Fernando Martínez.—Y para que conste donde convenga, doy la presente Certificación, firmada y sellada con el de esta Parroq.^l Ig.^a de S.^{ta} María de Alic.^{te} á los 30 de Junio de 1778. D.^r Joseph San Martín. Hay un sello de la Parroquia de Santa María de Alicante.—Los Emo.^s de S. M. pp.^s del Número y Juzg.^s de esta Ciu.^d de Alicante que abajo signamos y firm.^s. Damos fee.—Que D.^a Joseph Sanmartín, por quien va librado y firmado el antecedente Zertificado

es tal The.^{te} de Cura de la Iglesia Parroq.^l de S.^{ta} María de al misma como se titula y el sello de su pie el que se usa en la propia, y aquel está en su actual ejercicio; Y p.^a que conste liberamos la presente en la Ciu.^d de Alicante á dos de Julio de mil sett.^s setenta y ocho a.^{sl}. En testim.^o de Verd.^d Domingo García.—En testim.^o de verdad Ramón Segura.—En testimonio de verdad Joaquín Rovira.»

Limpieza de sangre.

Nuestro Balmis, hijo y nieto de cirujano, aunque de humilde linaje, poseía una circunstancia que en aquellos tiempos de severa escrupulosidad moral y religiosa tenía un valor importantísimo, y era la limpieza de sangre. Véase como la declaró:

«Fran.^{co} Balmis oficial Cirujano vecino de esta Ciudad ante Vm. parezco; y como más haya lugar en derecho dijo: Que á los míos conviene justificar y provar como soy hijo legítimo, y natural de Antonio Balmis Maestro Cirujano y sangrador y Lucía Berenguer Consortes. Nieto por parte de padres de Antonio Balmis, también Cirujano y Vicenta Bas Conjuges, y nieto por parte de madre de Joseph Berenguer y Luisa Nicolini, Consortes todos vecinos de la misma. Y que así yo como los susodichos mis padres, Abuelos Paternos y Maternos han sido, y somos Christianos Viejos limpios de toda mala raza como de Moros, Judíos, Luteranos, Calvenistas ni de los de nuevamente convertidos á nuestra S.^{ta} Fee Católica ni penitenciados por el S.^{to} Tribunal de la Inquisición, ni exercido oficios viles.»

Estudios y aficiones.

Muy niño todavía, Balmis estudió en Alicante latín y dos cursos de filosofía; su afición á la profesión de sus antepasados le llevó á ingresar de practicante en el Real Hospital Militar de dicha ciudad, cuando apenas contaba diez y siete años de edad. En dicho centro recibió las lecciones del cirujano mayor D. Ramón Gelabert, quien desde los primeros momentos de su trato simpatizó con el joven y estudioso alumno del que hizo su discípulo predilecto.

Al cumplir los veintidós años, en 1775, y ya en posesión de los principales conocimientos de cirugía, Balmis embarcó para Argel, con destino á los hospitales del Ejército, distinguiéndose en el cumplimiento de su deber y mereciendo la felicitación de sus jefes. Su estancia en Argel duró dos años, trasladándose á Valencia, en cuya ciudad aprobó la cirugía médica. Estuvo presente en el bloqueo de Gibraltar, donde por su comportamiento alcanzó el grado de ayudante de cirugía, ascendiendo á cirujano de ejército en 1781, y á propuesta del coronel D. José Avellaneda, fué destinado al regimiento de Zamora.

No queremos pasar adelante en esta reseña histórica sin dar á conocer un documento curioso que, relativo al examen y reválida de Balmis, como practicante de cirujano se conserva en el Archivo de la Real Academia de Medicina de Valencia, y que dice así:

«En la Ciudad de Valencia á los once días del mes de Julio del año mil setecientos setenta y ocho Ante los

señores examinadores, tazadores subdelegados del Tribunal del Real Prothomedicato de esta ciudad, y Reino de Valencia los Doctores Don Joseph Agustí, Don Pedro Barrachina y Don Jacinto Piquer Médicos Apre-
 sencia de Don Joseph Segura Maestro Colegial Cirujano y examinador de su facultad todos vecinos de esta Ciudad de Valencia estando juntos en la Sala de la Casa de dho Señor Doctor Don Joseph Agustí, Compareció vn hombre que expresó llamarse Francisco Balmis Practicante de Cirujano Natural de la Ciudad de Alicante Obispado de Orihuela, sus señas de buena estatura, Pelo Castaño, con vn oyo en la Barba Y dixo Que en Virtud de los papeles que tenía presentados se le había mandado admitir á examen y depositar en poder del expresado Señor Don Joseph Agustí la Cantidad de cinquenta y cinco libras y doze Sueldos moneda corriente de este Reyno, y en esta parte le tenía cumplido Y en su seguida haviéndosele hecho por dichos Señores examinadores Varias preguntas pertenecientes á su facultad de Cirujano para instruirse de la habilidad y Ciencia se pasó á la votada secreta en la forma acostumbrada Y quedó *Aprobado*, Y en su consecuencia presto el debido juramento que hizo á Dios nuestro Señor y vha Señal de Cruz según forma de Derecho de portarse bien y fielmente en dicha facultad de Cirujano De Defender en publico y en Secreto el misterio de la Purísima Concepción, De guardar secreto en los casos que ocurran Y de asistir á los Pobres de Solemnidad de Limosna Y lo firmaron dichos Señores examinadores. De que doy fee — D.^r Joseph Agustí.—D.^r Pedro Barrachina.—D.^r Jacinto Piquer.—Antemi Leonardo Talens de la Riba—»

Balmis fué muy aficionado á los viajes, inclinación favorecida por la índole del servicio que prestaba en la milicia. Desde 1781 á 1794 realizó tres excursiones á América, muy provechosas para la Ciencia. En la primera fué nombrado cirujano mayor del hospital militar del Amor de Dios, en Méjico; aprovechó su estancia para graduarse de bachiller en Artes en la capital mejicana, y al mismo tiempo fué elegido miembro de la Academia Médico-matritense.

Su predilección por la botánica halló ancho campo en su segundo viaje, que realizó á Nueva España, consagrándose á comprobar las propiedades terapéuticas del *agave* y la *begonia* en las enfermedades venéreas: de la primera planta trajo á España 100 arrobas y 30 de la segunda, ensayando sus efectos en los hospitales de la Corte por Real disposición. Los resultados fueron satisfactorios, acarreándole el éxito la enemistad de muchos envidiosos. Pero pronto halló compensación á sus sinsabores, pues en 1794, á propuesta del médico de Cámara Dr. Galinsoga, fué nombrado cirujano consultor de cirugía del ejército.

En dicha fecha realizó Balmis su tercer viaje á América, haciendo buen acopio de plantas medicinales que estudió por encargo del Rey, y á su regreso, Carlos IV le premió nombrándole cirujano honorario de Cámara. Por este tiempo se graduó de bachiller en Medicina en la Universidad de Toledo, volviendo á América después de haber cursado dos años de Química, y

regresando en 1799 para estudiar en la Corte dos cursos de Clínica médica y graduarse de doctor.

Propagación de la vacuna.

Aunque los trabajos del inmortal Jenner fueron coronados por el éxito en 1776, transcurrió bastante tiempo antes de que la vacuna se adoptase como dogma de fe en el campo de la ciencia. Gran número de envidiosos de la gloria del gran médico inglés dedicáronse á empañarle el triunfo, atribuyendo á la vacuna propiedades perniciosas que el sabio de Glócester veía-se en la necesidad de refutar. Aquí fué el aparecer William Rowley, famoso médico de Londres, intentando demostrar, incluso con grabados, que el hombre por efecto de la vacunación se convertía en bestia; á esta lucha pertenece la confusión del *eczema* y el impétigo con las pústulas producidas por el *cow-pox*; hasta el terreno teológico llevóse la cuestión, dando lugar á la publicación del famoso folleto titulado: *¿Permite Dios inocular?*

No es de extrañar que en España, pueblo impresionable y pasional, consiguieran hacer prosélitos los detractores de Jenner.

Cuando la lucha entre partidarios y enemigos de la vacuna estaba en su período candente, nuestro Balmis, que, aunque cirujano, se hallaba en posesión de dos cursos de Clínica médica, con cuyos conocimientos adquirió preparación técnica suficiente para profundizar en el proceso de la inoculación, declaróse ferviente devoto de la vacuna, lanzándose á su propagación con fe de apóstol.

La ocasión era propicia. El rey de España recibía frecuentes noticias de los grandes estragos que en las posesiones ultramarinas venía causando la epidemia variolosa; y convencido de la eficacia de la vacunación para prevenir tan terrible mal, decidió extenderla en sus dominios. Al efecto, por Real orden de 6 de Junio de 1803 dispuso la organización de un viaje científico para llevar á dichas posesiones los beneficios de la vacuna, nombrando una ponencia, de la que formaba parte el eminente Gimbernat, para que emitiera informe relativo á la procedencia y eficacia de dicha proyectada expedición.

Dictaminado favorablemente el particular, como no podía menos de suceder, se publicó en la *Gaceta de Madrid* de 3 de Agosto del mismo año la noticia de que S. M., oído el parecer de su Consejo y el de algunos sabios, había dispuesto formar una expedición marítima compuesta de facultativos hábiles, para propagar por todos los dominios españoles el precioso descubrimiento de la vacuna, bajo la alta dirección de D. Francisco Xavier de Balmis. Acompañaron á éste el subdirector José Salvany, los ayudantes Manuel Grajales y Antonio Gutiérrez; los practicantes Francisco Pastor y Rafael Lozano; los enfermeros Pedro Ortega, Basilio Bolaños y Antonio Pastor. Como enfermera figuraba la rectora de la Casa de Expósitos de la Coruña. Contaban los expedicionarios con una veintena de niños que no habían pasado la viruela, para mantener el virus de brazo á brazo, y suficiente número de nodrizas,

Esta expedición constituye una de las páginas más brillantes de la Medicina y la Administración españolas. Quejábanse los naturales de Indias, de que los dominadores españoles habían importado á sus tierras la viruela; en muchas obras americanas, entre ellas la *Historia de la Medicina en Guatemala*, de F. Asturias, se nos reproduce semejante importación. Pero en cambio millares de madres de todo el mundo que vieron á sus hijos libres del terrible daño, han bendecido el nombre de Balmis y de sus acompañantes. El más inspirado poeta de aquel tiempo, Manuel José Quintana, cantó en sonoros versos esta cruzada humanitaria. Y en el extranjero se imitó la conducta de España, como luego veremos.

Expedición de Balmis.

Este fué el título con que en un suplemento extraordinario de la *Gaceta de Madrid*, del 14 de Octubre de 1806, aparece el relato de la expedición ordenada por el Monarca. Ninguna fuente de información supera á esa referencia oficial, que con gusto reproduciríamos íntegra si su mucha extensión no impidiera adaptarla á un trabajo de índole reducida como el que nos ocupa. Sin embargo, como su conocimiento es de capital importancia, allá va, en extracto, lo más esencial de dicha expedición.

Salió ésta del puerto de la Coruña, el 30 de Noviembre de 1803, á bordo de la corbeta *María Pita*, que mandaba D. Pedro del Barco, teniente de fragata de la Real Armada. Hizo su primera escala en Canarias, la segunda en Puerto Rico y la tercera en Caracas. Al salir de esta provincia por el puerto de la Guayra se dividió en dos ramos, navegando uno para la América Meridional, á cargo del subdirector D. Francisco Salvany, y dirigiéndose el otro, con el director Balmis, á la Habana y de allí á Yucatán. En esta provincia se subdividió, saliendo el profesor D. Francisco Pastor del puerto de Siral para el de Villahermosa en la provincia de Tabasco á propagar la vacuna por Ciudad Real de Chiapa hasta Goatemala, dando la vuelta por el dilatado y fragoso camino de 400 leguas hasta Oaxaca, mientras el resto de la expedición, que arribó felizmente á Veracruz, no sólo recorría todo el Vi-reynato de Nueva España, sino las provincias internas, de donde debía regresar á México, que era el punto de reunión.

Prodigada la vacuna por toda la América Septentrional y establecida en cada capital una Junta compuesta de las primeras autoridades, y de los demás celosos facultativos, trató Balmis de llevar á Asia esta parte de la expedición, y venciendo grandes dificultades embarcó en Acapulco para Filipinas, último punto que le estaba ordenado, si le era asequible. En estas Islas se puso de acuerdo con el capitán general para organizar en ellas la vacunación. Los reyezuelos y jefecillos del Archipiélago de las Islas Visayas, que vivían en perpetua guerra, depusieron las armas ante el influjo de la misión científica y mostraron viva gratitud á los expedicionarios por el incalculable bien que les hacían, preservándoles de la viruela que constituía su horroroso y repugnante azote.

Balmis consiguió llevar á Macao y Cantón el virus fresco, cosa que no lograron los ingleses que en varias ocasiones arribaron á China, encontrándose con el flúido inerte é inservible. En la Isla de Santa Helena, donde hizo escala para Lisboa, Balmis tuvo que exhortar y convencer á los ingleses allí residentes para que aceptasen la vacuna, que habían despreciado durante más de ocho años, no obstante ser descubrimiento de un compatriota, y habérselo remitido el propio Jenner.

La parte de la expedición destinada al Perú, á cargo de Salvany, padeció un naufragio en las bocas del río de la Magdalena; pero se salvaron todos, siendo atendidos por los naturales y autoridades, pudiendo cumplir su cometido en muchas ciudades y villas de crecido vecindario.

La expedición, que duró dos años y nueve meses, no sólo consiguió propagar la vacuna, empresa titánica en aquellos tiempos y lugares, sino que aseguró su práctica posterior en pueblos amigos y enemigos por medio de las juntas organizadas y de facultativos convenientemente instruidos.

Balmis trajo una colección considerable de plantas exóticas, habiendo hecho dibujar preciosos objetos de Historia Natural y reunido noticias y datos importantes. Algunos de estos dibujos se conservan en la Biblioteca del Museo de Historia Natural de Madrid.

A su regreso, Balmis fué recibido por el Rey (7 de Septiembre de 1806) á quien dió cuenta del resultado de su expedición, que fué muy del agrado del Monarca.

Importancia de la expedición.

A más de un siglo de distancia no es fácil darse exacta cuenta de la excepcional importancia que tuvo la gloriosa expedición de Balmis. Pero traslademos el pensamiento á aquella época y comprenderemos la gran fuerza de voluntad que se necesitaba para imponer la vacunación en los más lejanos pueblos, algunos de ellos con civilización rudimentaria. Si hoy, después de cerca de siglo y medio del descubrimiento de Jenner, todavía hay en la misma Corte de España gentes que se resisten á la profilaxis variolosa y hacen necesaria la intervención enérgica de la autoridad (1) para recibir la vacuna, ¿qué ocurriría en aquellos tiempos de más natural atraso en las costumbres sanitarias? ¿Cuántas dificultades no se acumularían y cuántas resistencias habría que vencer?

Que la propagación del *cow-pox* era de una necesidad indispensable, lo demuestra la actitud de otras naciones europeas, que, coetánea ó posteriormente, enviaron sus respectivas expediciones con idéntica finalidad. Holanda implantó en sus colonias la vacuna, casi al mismo tiempo que Balmis realizaba su excursión.

Klopprogge, primer médico del Hospital Buiten, en Batavia, elevó en 1803 una proposición á la Compañía de Indias Orientales á favor de la importación de la

(1) No, podemos menos de tributar un entusiasta aplauso al ilustre periodista Leopoldo Romeo, Gobernador de Madrid, por su radical campaña actual en favor de la vacunación.

vacuna á la isla de Java. M. R. Gaufré partió á bordo del barco *Harmonía* acompañado de doce niños esclavos, regresando la expedición en Julio de 1804; el doctor Ch. Campbell llevó la linfa á Sumatra; los portugueses la llevaron al Brasil por aquel mismo tiempo (Lemos: *Historia de la Medicina en Portugal*, Lisboa, 1899). A Italia fué llevada por los ingleses, de regreso de Malta, adonde fueron á vacunar al personal de su Armada (Rienzi: *Historia de la Medicina en Italia*).

Cargos, honores y escritos.

La expedición dió á Balmis más honores que provecho, pues el sueldo de 2.000 pesos anuales que disfrutó como jefe de la misma, no constituía una retribución muy en correspondencia con la magnitud de la empresa.

A su regreso fué nombrado Inspector general de la Vacuna en España y sus Indias, cargo que, como es lógico, nadie podía disputarle.

Habiéndole sorprendido la guerra de la Independencia, y no queriendo por españolismo reconocer la autoridad de José Bonaparte, siguió á la Junta Central á Sevilla, la cual le encargó que volviera á Nueva España para normalizar los asuntos pertinentes á la vacuna y difundirla por nuevos territorios. Así lo hizo, partiendo de Cádiz para Veracruz, donde encontró á los naturales inquietos. Balmis avisó á las autoridades, previniéndolas contra la sublevación que venían fraguando los enemigos de España. Regresó á la península en 1813, y el Gobierno le recompensó nombrándole vocal de la Real Junta Superior Gubernativa de Cirugía y título de cirujano de Cámara efectivo; además se le otorgó la plaza de Consejero de Hacienda.

Estando en Méjico redactó el *Reglamento de Orden de Su Majestad para que se propague y perpetúe la vacuna en Nueva España* (1810). Consta de diez y ocho artículos y es un modelo de suficiencia y previsión.

Este trabajo, el opúsculo sobre las *Propiedades antisépticas de la pita y de la begonia*, y las *Instrucciones para conservación y administración de la vacuna*, fueron las obras que escribió. También compuso un notable prólogo para el *Tratado histórico y práctico de la vacuna*, de J. L. Moreau, que el mismo Balmis tradujo, y que durante largos años fué el *Evangelio* de los vacunófilos.

El 12 de Febrero de 1819 falleció en Madrid este ilustre médico, á los sesenta y cuatro años de edad. Dos años antes aparecía su nombre en listas oficiales como ministro honorario de Hacienda. Afirmase, ignoramos con qué fundamento, que vivió en la calle de Fuencarral, núm. 26.

Cuando estas líneas escribimos cúmplase el primer centenario de su muerte.

¡Reverenciamos el recuerdo del hombre grande que supo pasear la arrogancia española á través de los mares, en una cruzada épica por la Humanidad y por la Ciencia!

Boletín de la semana.

El gobernador de Madrid y la viruela.—Los estudiantes y los caciques.

Como por *nuestros estados sanitarios* han podido ver nuestros lectores, la viruela decrece en Madrid después de haber constituido una verdadera plaga para la capital durante más de tres meses. La vergüenza que esto significa, teniendo en cuenta que se trataba del padecimiento más claramente evitable de cuantos se registran entre los azotes epidémicos, ha tenido fin, gracias á la enérgica y perseverante conducta del gobernador civil Sr. D. Leopoldo Romeo. Amigos de la justicia y no regateadores del elogio merecido, hacemos gustosos esta mención como gustosos también veríamos que la prensa entera la secundaba. Los centenares de defunciones que venían ocurriendo se han reducido, y es seguro que dejarán de figurar en las cifras letales de nuestras estadísticas; es decir, hablando en castellano, que al Sr. Romeo deberán la vida muchos madrileños anónimos, pero no por esto menos ciertamente salvados de la amenaza y el peligro que corrían.

Podrán los que juzgan desde diferente punto de vista que nosotros estos asuntos, decir que el gobernador se ha excedido en sus atribuciones, que las disposiciones por él adoptadas tenían ya existencia real en nuestra Legislación, todo lo que se quiera; pero es lo cierto, que el Real decreto de 1903 en que tales disposiciones se detallaban venía estando incumplido desde aquella fecha, y que de entonces acá Madrid ha tenido tres ó cuatro epidemias de viruela y ocho ó diez gobernadores, ninguno de los cuales aplicó con todo rigor el Decreto.

Nuestro aplauso incondicional al Sr. Romeo por su *caveant consules*, que ha redundado en favor del *Salus populi*.

Sucesos lamentables, que España entera deplora, han llevado el luto á la hermosa ciudad de Granada. Los estudiantes, movidos como siempre por impulso generoso, rara vez equivocado, se han levantado al grito de ¡abajo los caciques! Si esto dicen cuando son estudiantes, ¿qué no dirán cuando sean médicos, los que de ellos han de serlo? No lo olviden para mañana y aplíquenlo también á las cosas de hoy. El cacique es la arbitrariedad diseminada en las localidades, arraigada en las localidades y el déspota autócrata de las localidades. Si hoy queda aún el recurso de la intervención fiscal del Gobierno del país para refrenarlos y detenerlos, ¿qué podrá esperarse, ni en qué fiar, el día en que con los vientos de autonomía que corren, ni el cacique municipal, ni el provincial, ni el REGIONAL, tengan que temer á nadie sobre ellos?

Decimos esto, porque no falta quien en contra de la claridad de los hechos, quiere aún sacar argumentos de los excesos caciquiles en favor de la autonomía.

DECIO CARLAN.

SINDROMES CARDIO-TIROIDEOS

(Con motivo de algunas observaciones clínicas)

POR EL

DR. D. A. DEL CAÑIZO

Catedrático de la Facultad de Medicina de Salamanca. (1).

¿Cuál puede ser la patogenia de estas cardiopatías del bocio, en que los agentes mecánicos no parecen jugar papel predominante?

Acerca de ella se han sustentado muy diferentes hipótesis.

Bircher, con el fundamento de muy interesantes experiencias, establece que las perturbaciones cardíacas del bocio dependen de que la *noxa estrumígena* ejerce un efecto tóxico directo sobre el corazón: bocio y cardiopatía serían, hasta cierto punto, las consecuencias coordinadas de una misma noxa estrumígena.

El autor citado ha practicado experiencias para la producción artificial del estruma en perros y ratas, observando que en ambos animales, cuando se les daba a beber agua estrumígena, se llegaba a producir el bocio y al mismo tiempo perturbaciones cardíacas, consistentes en hipertrofia del ventrículo izquierdo, dilatación del derecho y lesiones degenerativas de la fibra.

El experimento contraprueba lo ha realizado sólo dos veces, alimentando con el mismo agua a animales previamente tiroidectomizados y observando que en éstos casos las lesiones cardíacas eran más considerables que en los animales testigos alimentados con el mismo agua pero no tiroidectomizados. Parece, según esto, como si el tiroides fuese protector del corazón y evitase los efectos nocivos que esas aguas estrumígenas ejercen sobre él; sin embargo, el mismo autor confiesa que estos experimentos son harto escasos para poder sentar conclusiones definitivas.

Esta teoría de la acción de aguas portadoras de una noxa estrumígena, desconocida hasta el presente, no podrá ser, naturalmente, invocada para todos los casos, sino únicamente para aquellos que se producen en las regiones del bocio endémico. En la enferma de nuestra observación 2.^a no podrá rechazarse por completo, porque el pueblo donde reside, enclavado en un valle próximo a las estribaciones de la sierra de Francia, es una región no exenta de bocio, y la misma enferma nos refiere que en un pueblo inmediato al suyo (Morasverdes) existe algún caso de esta afección. Pero en cambio hay que rechazar tal patogenia en otros muchos casos, que por residir en lugares libres de bocio endémico no pueden suponerse en relación con la hipotética noxa del estruma.

Para todos estos casos hay que aceptar que el bocio

por sí mismo es el que ejerce los efectos nocivos sobre el corazón. (Claro es que en todo esto prescindimos de los efectos mecánicos, para atenernos exclusivamente a las llamadas formas tireotóxicas.)

No parece verosímil suponer que este influjo sea por defecto de secreción tiroidea, como aceptaban entre otros Minnich y Oswald, por muy importantes razones: 1.^a, porque tales formas de cardiopatía no se observan en los casos de mixoedema espontáneo ó provocado, ni en las demás formas de hipotiroidismo; 2.^a, porque los síntomas que acompañan al corazón del bocio, como ya hemos visto, no son de carácter hipotiroidico sino que pertenecen a los clásicos del hipertiroidismo, llegando en los casos más acentuados a presentar un gran parecido con la enfermedad de Basedow; 3.^a, porque la opoterapia tiroidea no alivia, sino que empeora los síntomas de estos cardíacos, que, por el contrario, se han visto mejorar algunas veces a consecuencia de la estrumectomía; y 4.^a, porque el examen histológico de estos bocios (procedentes de estrumectomía ó autopsia) presenta una serie de rasgos que los aproxima a los propios de la enfermedad de Basedow (fuerte vascularización, hiperplasia parenquimatosa, aumento de substancia coloidal, etc.).

De todo lo cual hay que deducir que estas formas de cardiopatía tienen un estrecho parentesco con el hipertiroidismo; opinión que se refuerza y afirma si examinamos de una parte lo que nos enseñan las observaciones de la clínica y de otro lado lo que sucede en la intoxicación tiroidea experimental.

Todos los autores reconocen unánimemente que en el tiroidismo experimental, los primeros síntomas que aparecen son los cardiovasculares, singularmente la taquicardia, a la que después se añaden sudores, mononucleosis, excitación psíquica, temblor, etc. Los síntomas oculares y principalmente el exoftalmos son los más difíciles de producir; acaso significan una enorme impregnación del organismo por la substancia tiroidea ó quizá necesitan además para su producción ciertos momentos constitucionales desconocidos hasta el presente.

Volviendo ahora a las enseñanzas de la clínica, vemos que las formas del corazón del bocio presentan rasgos que corresponden muy exactamente a los distintos grados del tiroidismo experimental, y en consonancia con esto podemos dividirlos, como ya dijimos anteriormente, en dos diferentes grupos:

Al primer grupo corresponden las formas muy tóxicas, ricas en síntomas hipertiroideos y muy análogas por lo tanto con la enfermedad de Basedow, de tal modo que entre ambas no puede trazarse muchas veces un límite preciso. Los trastornos cardiovasculares son principalmente de orden funcional. El profesor Kraus distingue en ellas dos diferentes grados de intensidad. En el primero se presenta ante todo el trípode bocio, taquicardia y temblor, la frecuencia del pulso oscila entre 90 y 120; el corazón presenta solamente un gran refuerzo de sus latidos, pero su tamaño es el normal. En su segundo grado de intensidad, además de los síntomas citados, existe un ensanchamiento

(1) Véase el número 3,599.

apreciable del corazón; la punta late en la línea mamilar ó más hacia afuera, y la percusión demuestra un aumento del área cardíaca, singularmente hacia la izquierda. Pero este aumento del tamaño cardíaco puede presentar oscilaciones; con la atenuación de los síntomas subjetivos se comprueba también una disminución ó retrogresión de la matidez cardíaca, cuyo punta vuelve otra vez á su sitio normal; por lo tanto estos cambios del tamaño cardíaco deben interpretarse como debidos, no á una verdadera hipertrofia, sino á un aumento del volumen diastólico.

El segundo grupo de casos de corazón del bocio lo constituyen aquellas formas que corresponden á los grados más atenuados de intoxicación. Son formas de evolución más lenta, pero más persistente; los síntomas de hipertiroidismo son mucho más leves y no permanentes, sino que desaparecen unas temporadas y se acentúan otras bajo el influjo de causas externas, enfermedades intercurrentes, afecciones morales, embarazos, etc. En ellas destacan más los rasgos de una cardiopatía orgánica, como la que presentaba nuestra enferma de la observación 2.^a.

Cuanto más se analizan los casos de uno y otro grupo, con sus formas intermedias ó de transición, más se convence nuestro ánimo de que tanto unas como otras formas deben reconocer el mismo origen y depender de un mismo mecanismo patogénico. Pero lo verdaderamente difícil y poco esclarecido hasta el presente, es el puente de paso, el lazo unitivo entre lo funcional y lo orgánico, el determinar por qué esas perturbaciones de la función cardíaca, dependientes de la intoxicación tiroidea, pueden llegar á constituir la hipertrofia del músculo y la degeneración de sus fibras tal como se observan en muchos casos del corazón del bocio.

Reflexionando detenidamente sobre este asunto, puede llegarse á la suposición de que en estas cuestiones, como en tantas otras de la patología, el factor tiempo junto con la intensidad de la impregnación tóxica, pueden ser los elementos que determinan en cada caso la modalidad sintomática y lesional.

Hay que considerar desde luego que un régimen de taquicardia un tanto perseverante, constituye un grave peligro para la integridad de la fibra cardíaca, porque la rápida continuación de los sístoles supone un intenso desgaste de los materiales nutritivos y la brevedad del diástole un grave obstáculo para su reparación, por lo que, á través del tiempo, puede llegar á alterarse la constitución anatómica del miocardio.

Por eso no nos parece nada extraño que un corazón que por períodos más ó menos prolongados sufre fases de taquicardia y dilatación que retroceden pero que repiten una y otra vez bajo el influjo de los pesares y de las emociones, de la menstruación y de los embarazos, de todo aquello, en fin, que sabemos es capaz de actuar sobre un tiroides predispuesto, sufra á la larga cambios de su tamaño y presente al fin cristalizada en lesión permanente, lo que empezó por ser un mero trastorno de sus funciones.

Y esto es lo que parece desprenderse del estudio de

muchas historias clínicas del corazón del bocio, en las que, como en nuestra observación 2.^a, fases transitorias de hipertiroidismo han precedido durante largo tiempo á los síntomas propios de la cardiopatía.

Es también muy digno de tenerse en cuenta, cómo en esta clase de cardíacos aparece muy patente el influjo de las causas morales y afectivas, de esas depresiones y trastornos del ánimo, que siempre fueron considerados por el vulgo causa principal de afecciones cardíacas y á las que acaso no hemos concedido los médicos toda la importancia que merecen.

Conocido el efecto que estas afecciones ejercen sobre un tiroides enfermo ó predispuesto, no es de extrañar que por su intermedio repercutan sobre el corazón.

A este grupo corresponden muchos de los casos observados durante la guerra última y descritos por los autores ingleses bajo el nombre de «Soldier's Heart», alteraciones cardíacas cuya dependencia tiroidea es manifiesta y que se benefician mucho, según parece, por la aplicación de rayos X sobre el tiroides.

Todos los libros citan el hecho de que una fuerte conmoción del espíritu puede ser causa de enfermedad de Basedow. Yo recuerdo un caso que observé hace ya algunos años, del que desgraciadamente no conservo historia detallada, pero cuyos rasgos principales, por su intensidad verdaderamente dramática, han quedado bien impresos en mi memoria: Fui llamado con toda urgencia á una aldea inmediata á esta población, para ver un caso de suma gravedad. La paciente era una joven de unos veinte años, bien constituida; yacía en cama desde pocos días antes, reflejando en su cara una horrible angustia; la disnea era extrema y la taquicardia tan acentuada, que era casi imposible contar el número de pulsaciones; tenía exoftalmia muy manifiesta, abultamiento difuso del tiroides, sudores profusos, enorme palpito de carótidas y gran aumento de matidez cardíaca. Hice el diagnóstico de enfermedad de Basedow de forma aguda, y la enferma murió muy poco después, sin que nos fuera posible por ningún medio detener aquel desenfreno circulatorio que en muy breves días agotó la resistencia de la paciente. Pues bien, según aseveraciones rotundas de su médico y familia, no había tenido nunca enfermedad alguna y el proceso comenzó de un modo tan dramático como repentino por un disgusto grande, enorme, que afectaba muy directamente á la honra de la infeliz muchacha.

Estas formas agudas de la enfermedad de Basedow vendrían á representar el grado máximo de la intoxicación tiroidea; el primer término de esa serie de síndromes cardio-tiroideos, cuyas formas más lentas y atenuadas estarían representadas por esas cardiopatías del bocio á que anteriormente hemos hecho referencia.

Es bien posible que en la patogenia de estos casos intervengan también algunos trastornos de regulación cardiovascular, por perturbación de ciertos mecanismos nerviosos, que parecen tener intervención directa sobre la secreción del tiroides.

Cyon demostró primeramente que la excitación de

las raíces del nervio depresor producen un aumento del flujo sanguíneo del tiroides, que llega á ocasionar un notable abultamiento de dicha glándula. Posteriormente Asher y Flack han probado que la secreción tiroidea aumenta la excitabilidad del nervio depresor, y como á su vez éste excita la secreción del tiroides, vendría á constituirse, como dice Falta, un verdadero círculo vicioso.

¿Podrá intervenir este círculo vicioso en la producción de esos casos agudos de enfermedad de Basedow, como el últimamente referido? No me atreveré á contestar por la afirmativa, pero las comprobaciones de Asher y Flack me parecen muy interesantes, porque nos descubren una sorprendente analogía con lo que ocurre en el mecanismo de la secreción suprarrenal; allí el simpático excita la producción de adrenalina y ésta á su vez aumenta la excitabilidad del simpático, y bien parece estar fuera de duda que tiroides y suprarrenales son las glándulas que principalmente rigen á la circulación.

Bibliografía.

FR. KRAUS: Ueber das Kropfherz, *Wien Klin. Wochenschr.*, 1899, y *Deutsche med. Wochenschr.*, 1906. — REVILLIOD: Le thyreoidisme etc., *Rev. med. suisse romain*, 1895. — MINNICH: Das Kropfherz, *Leipzig u. Wien*, 1904. — BIRCHER: Exper. Beitrag zum Kropfherz, *Med. Klinik*, 1910. — BIRCHER: *Deutsche med. Wochenschr.*, 1910. — J. BAUER: *Deutsche med. Wochenschr.*, 1912. — J. ISZLONDSKI: Das Kropfherz, etc.: *Inaugural dissertation*, Berlín, 1913. — SOLDIER'S HEART: The Heart and active service: *The Lancet*, 1916. — FALTA: *Die Erkrankungen der Blutdrüsen*, Berlín, 1913.

Los casos de ictericia infecciosa que se observan en Tortosa corresponden á la espiroquetosis icterohemorrágica?

POR EL

DR. D. MANUEL VILÁ (1)

El tegumento y mucosas, como ya dijimos antes, adquirieron á los ocho días color icterico que á los veinte días era muy intenso, esto es, color amarillo muy obscuro, que no cedió en toda la enfermedad. Aparecieron, en fases distintas, eczemas alrededor de los labios, en el tronco (tipo zona) y en las piernas, máculas seguidas de vesículas llenas de sangre que duraban diez días desde su aparición hasta su desecación, tras la cual no dejaban huella; eran en número bastante, pero discretamente repartidas en zonas de 10 y 20 c² en general en puntos simétricos. Otro carácter que debe hacerse constar es que la piel presentaba un brillo metálico y una cierta suavidad al tacto que le hacía finísima. No hay que remarcar que el picor en la piel era notable, pero sufría su intensidad períodos de intermitencia.

En el aparato sensitivo se marcaba una hiperestesia dolorosa á la presión y un golpe, aunque suave, era acusado por la enferma por un profundo dolor interno.

La motilidad con ser completamente libre en todos

los segmentos del cuerpo, ello no obstante, se observaba una gran pereza, ó mejor dicho, languidez en los movimientos, hasta que ya muy adelantada la enfermedad, pudo calificarse de profunda adinamia. El tacto no sufrió aparentemente trastorno.

La vista como función, sufrió algunas alucinaciones ya muy adelantada la enfermedad. El órgano marcó el acentuadísimo color icterico conjuntival; presentáronse equimosis conjuntivales transitorias y en el ojo izquierdo desarrollóse una iritis muy marcada que duró unos quince días, desapareciendo para no retoñar. Lo que fué pertinaz y prematuro, acompañando á la enferma hasta su muerte, fueron unas vascularizaciones rectilíneas que, partiendo del limbo corneal, se dirigieron centripetamente por encima de la esclerótica, siendo su carácter más esencial su rectitud y no ramificación de estos vasos sanguíneos.

El oído acusó desde muy al comienzo ligera sordera, que se acentuó bastante, hasta el final de la enfermedad; tuvo alucinaciones auditivas.

La fiebre bruscamente iniciada por temperaturas superiores á 39° durante su primera semana, bien pronto bajó al tipo subfebril oscilante entre 36 y 38°, y dentro de estos límites con grandes variaciones, no ya diarias, sino periódicas.

Muchas veces durante la enfermedad se practicaron exámenes de sangre con los siguientes resultados: Ausencia de hematozoarios, tres sero-aglutinaciones (dos por mí con cultivos muertos y una por un compañero con cultivos vivos), que dieron resultado negativo ante el b. de Eberth, paratíficos A. y B., coli y micrococcus melitensis. Un hemocultivo (por un laboratorio de altura) resultó estéril con el procedimiento de enriquecimiento de bilis de buey, etc. Un Wassermann negativo.

Esta enferma fué reconocida el 24 de Marzo por los Dres. Luis Sayé y Manuel Dalmau (de Barcelona) y éste nuevamente el 10 de Abril.

El diagnóstico que formulé entonces y ahora, fué de *ictericia infecciosa, tipo tífico*.

Con los datos que acabamos de relatar leímos en varias revistas en las que se trataba sobre la espiroquetosis, cuando á primeros de año (1918) comenzamos á observar un brote de este género de enfermos, y ante las sospechas que se expresan en el encabezamiento de este trabajo, las expresamos al Dr. Dalmau quien á la sazón estaba trabajando sobre los espiroquetos hallados por él en las ratas de las cloacas de Barcelona, y puestos en relación sobre el asunto, se nos presentó el caso típico que se describe en la historia segunda que antecede. Inmediatamente pasó á Tortosa él y el Dr. Sayé; visto el caso y recogidos antecedentes no les parecería descabellada la idea, trazáronme un plan de investigación del espiroqueto, y él personalmente se dispuso á trabajar en dicho sentido, facilitándome dirección material y medios; en buenas palabras: él llevaba á cabo el trabajo y yo el mecánico, que si bien era forzado por las circunstancias, tal vez fui (como luego indicaré) el

(1) Véase el número anterior.

causante de malograrlas. Dos fueron las visitas que nos hizo Dalmau; en las dos vió detenidamente á la enferma y en las dos concibió la gran probabilidad de ser uno de los casos por nosotros sospechados; durante su primera estancia en Tortosa vió otro enfermo de cuadro y tipo muy semejante, pero por causas ajenas á nuestra voluntad no pudimos continuar observándolo.

Las investigaciones dirigidas al hallazgo del espiroqueto resultaron infructuosas, pero por ello no queremos pasar sin consignarlas. Recayeron sobre la orina y sobre la sangre. El centrifugado de la orina se investigó ocho veces durante la enfermedad; en los frotis teñidos por el Giemsa, por el nitrato de plata (técnica Fontana) así como por el procedimiento en fresco de Burri, nada hallamos que nos llamara la atención para sospechar el espiroqueto. Conste que carecemos de ultramicroscopio. Con el centrifugado se inocularon dos series de cobayos, en inyección intraperitoneal; las dos series, compuestas de tres cada una, murieron entre once y veinte horas de peritonitis séptica ordinaria, por tanto, nada puede ilustrarnos.

Los frotis de sangre teñidos por Giemsa y el nitrato de plata nada nos descubrieron á pesar de llevar á cabo esta investigación más de ocho veces. La sangre obtenida aséptica por punción venosa y antes de que se coagulara la utilizamos en tres ocasiones distintas para tres series de inoculaciones de cobayos, á los cuales se inyectó dentro del peritoneo de 3 á 4 c. c. de sangre. Estas series de cobayos 1.^a y 2.^a compuesta de cuatro cobayos cada una; la 3.^a serie de tres muy pequeños estos últimos. El resultado fué el siguiente: 1.^a serie; de los cuatro, tres presentan del séptimo al octavo día erización del pelo, permanecen apelonados, se dejan coger y escapan de la mano, apenas comen; el día 10 muere uno y el 12 los otros dos; al cuarto junto con dos testigos nada les ocurre llegando al mes sin novedad. La 2.^a, también compuesta de cuatro de regular tamaño, los cuales permanecen bien hasta el noveno día en que dos de ellos presentan los mismos síntomas que los descritos en la primera serie y mueren en hipotermia, uno el día 11 y el otro el día 12. La 3.^a serie compuesta de tres cobayos pequeños fué igualmente inoculada, y á los dos días se la llevó el Dr. Dalmau á Barcelona, sin que de su resultado hayamos tenido noticia.

El resultado de las autopsias de los cobayos puede englobarse, ya que á poca diferencia todos acusan iguales lesiones. Congestión intensa pulmonar con hemorragias pleuropulmonares, predominando en el lado derecho cadena ganglionar y canal torácico muy engrosada y fuertemente congestionada; cápsulas suprarrenales congestionadas; la orina en todos se halló albúmina; peritoneo aparentemente normal y sólo en el punto de la puntura pareció en algunos con ligera arborización, nada de derrame.

Sorprendidos quedamos por el hecho de morir en la fecha que se señala para los inoculados de espiroquetosis; pero el no hallar en ninguno de ellos señal alguna de ictericia (síntoma que considerábamos indispensable) nos hizo despreciar el material y no investigar

el espiroqueto ni practicar reinoculaciones. Cuando en su segundo viaje enteramos al Dr. Dalmau de las notas de la inoculación y resultados de autopsia, dolorosamente impresionado por nuestra conducta en despreciar el material, nos informó de que en efecto todos los trabajos tratan de la ictericia que se presenta en los cobayos veinticuatro horas antes de morir, pero que él podía afirmar de manera categórica que había aislado espiroquetos y re infectado cobayos de vísceras procedentes de cobayos inoculados por él y que presentando los signos que yo le describía había observado en los por mí inoculados y en aquellos no observó ictericia en ningún período de vida ni después de la muerte. De aquí que él se llevada la impresión de que la muerte de los cobayos podía atribuirse á la espiroquetosis experimental, pero conste que sólo era una sospecha fundada en el tipo clínico de los enfermos, en los datos de las inoculaciones, pero en manera alguna puede pasar de una sospecha. El se llevó los cobayos inoculados y suero sanguíneo para ensayar la aglutinación con los cultivos de que él disponía en el laboratorio. Sé que él practicó trabajos en tal sentido y que los ordenaba con el fin de dar á la publicidad algún trabajo al que quería unir los datos clínicos que yo acabo de consignar anteriormente, datos que yo en aquél entonces no pude redactar ni remitir por falta absoluta de tiempo material para hacerlo y que ahora presento para evitar desaparezcan conmigo cual me temo mucho haya ocurrido con los trabajos de Dalmau, ya que yo desconozco dato alguno respecto al resultado de sus investigaciones respecto al asunto.

Yo no puedo continuar estas investigaciones hasta llevarlas al fin porque mi salud me lo impide cuando menos temporalmente, y por otra parte, porque me faltaría el apoyo de nuestro digno compañero.

Por tanto, terminamos cual empezamos: los casos de ictericia infecciosa que se observan en Tortosa corresponden á la espiroquetosis icterohemorrágica?

EL PROFESOR RAFAEL BLANCHARD

Recibimos hoy la dolorosa noticia del fallecimiento de nuestro antiguo maestro el profesor Blanchard, de París.

Con hondo sentimiento comunicamos á nuestros lectores esta pérdida. Rafael Blanchard, cuya actividad había ido aminorándose poco á poco en estos últimos años, era un naturalista que jamás había olvidado la Medicina y que constantemente, durante cuarenta años de intensa labor didáctica y científica, había procurado enlazar las necesidades de la cultura general del médico con las más altas aspiraciones de la investigación y las más puras especulaciones de la ciencia.

Había nacido en Saint Christoph (departamento de Indra y Loira) el 28 de Febrero de 1857. Preparador del laboratorio de Fisiología de Pablo Bert en la Sorbona entre 1878 y 1882, había procurado ya antes cotejar los conocimientos adquiridos en la escuela de París con los laboratorios alemanes.

Catedrático auxiliar de la Facultad de Medicina y más tarde catedrático numerario (desde 1897) de Historia Natural Médica y de Parasitología, supo hacer de su cátedra y de sus laboratorios un museo riquísimo en ejemplares, principalmente de parásitos de la especie humana y de los animales domésticos.

A su lado se formaron hombres del mayor prestigio en el campo de estas ciencias, como Guiart, catedrático de Lyon, Langeron, autor de un excelente Tratado de Microscopia, y Brumpt, conocido de todos por sus trabajos de anatomía patológica de las afecciones parasitarias y autor de uno de los mejores tratados de Parasitología, ya traducido al castellano.

Fruto de la actividad de Rafael Blanchard a partir de los primeros años del siglo XX, fué la institución de la enseñanza colonial y la institución de un título especial de perfeccionamiento de estudios de medicina tropical otorgado por la Facultad de París, institución encaminada principalmente al conocimiento y al estudio de las colonias africanas desde el punto de vista médico e higiénico. Más tarde este propósito se ensanchó hasta abarcar el campo de la patología local de otros continentes, principalmente de América, de donde procedieron numerosos discípulos de la escuela dirigida por Blanchard.

Documento imperecedero de la actividad científica de Blanchard son los *Archives de Parasitologie* que se publican desde 1896. Nunca olvidaremos que en las páginas de esta Revista, tan estimada por los parasitólogos, fué acogido con gran benevolencia uno de nuestros primeros trabajos sobre la «partenogénesis de los macrogametocitos del género *Laverania*, parásito del paludismo maligno (1903), trabajo en que comunicábamos observaciones cuyo interés fué luego comprobado por otros investigadores, practicadas en enfermos de paludismo grave de la costa de Levante de España.

Debemos recordar finalmente como una obra clásica que permanecerá entre las publicadas en estos últimos veinte años sobre la biología de los mosquitos, el tratado de Rafael Blanchard *Les Mustiques. Histoire Naturelle et Medicale*, editada en París por F. R. Rudeval, ilustrada con gran número de figuras originales.

Rafael Blanchard era, además de un hombre de ciencia, un conversador admirable y un artista capaz de sentir con hondas vibraciones de entusiasmo la belleza de las cosas y de las ideas. Recordaremos siempre las horas pasadas con él, y nos hubiera sido imposible dejar pasar en silencio la desaparición de este hombre bueno, a quien la ciencia francesa y los parasitólogos del mundo entero rendirán siempre el homenaje de su admiración.

GUSTAVO PITTALUGA

Madrid, 11 de Febrero de 1919.

Periódicos médicos.

BIOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Los grupos sanguíneos, por C. Giraud (*La Presse Medicale*, 16 Janvier de 1919).—En este artículo se refiere el autor sobre todo a trabajos de los médicos americanos.

La práctica de la transfusión sanguínea ha demostrado que todas las sangres humanas no son absolutamente iguales entre sí.

Fundándose en la aglutinación de los hematíes de cada sangre, hecha incoagulable por medio del citrato trisódico al 15 por 100, frente a sueros obtenidos previa coagulación, comprenden todas las *clases* de sueros en cuatro grupos.

Forman parte de un mismo grupo sanguíneo todos los individuos cuyas sangres no se aglutinan entre sí y que tienen sobre las sangres de los otros grupos las mismas propiedades de aglutinación.

De las investigaciones hechas hasta ahora, parece desprenderse que estas propiedades son permanentes, hereditarias y familiares.

Al final del artículo anota las conclusiones que podrán deducirse de estos hechos, tanto en Biología pura, como en Medicina legal y en la práctica, para evitar los peligros que a veces puede tener la transfusión sanguínea de hombre a hombre.

2 Estudios sobre la actividad linfóide.—En *The Journal of Experimental Medicine* (Enero 1919), Murphy, Sturn, Nakahara, Taylor, Witherbee, Thomas, Hill y Morton, publican una serie de trabajos muy interesantes, acerca de la actividad del tejido linfóide. He aquí un resumen de los resultados obtenidos en sus investigaciones:

Animales sometidos durante un corto tiempo al calor seco (55 á 65°), muestran un descenso del número total de leucocitos, tanto de polinucleares como de linfocitos; después de este descenso, los linfocitos aumentan rápidamente y continúan aumentando durante dos ó tres semanas; en cambio los polinucleares necesitan varias semanas para alcanzar de nuevo la cifra primitiva. Los linfocitos que circulan durante el período activo de estímulo después de la acción del calor, exhiben numerosos ejemplos de división amitótica.

Según Nakahara, la linfocitosis pronunciada, consecutiva al tratamiento por el calor seco, se debe, por lo menos en parte, á la actividad proliferativa de los centros germinales del bazo y ganglios linfáticos, como reacción frente al efecto destructor del calor sobre las células linfoides.

Aprovechando la linfocitosis producida por el calor seco Murphy y Sturn han transplantado trozos de cáncer en animales, resultando de sus experiencias un elevado grado de inmunidad en los animales cuyos elementos linfoides han sido previamente estimulados por el calor. Resultados semejantes han sido obtenidos respecto á la resistencia á la tuberculosis.

Taylor estudia los efectos del sol sobre los linfocitos y encuentra en la mayor parte de los casos, aunque no en todos, un aumento del número total de dichas células, debido á los rayos ultravioletas del espectro solar.

Los rayos X en dosis elevadas, tienen un efecto destructor sobre las células de la sangre, que se observa en los linfocitos antes que en los demás glóbulos blancos; el descenso del número de linfocitos va seguido por una elevación, á su vez seguida de un nuevo descenso y, por último, el número total de linfocitos alcanza lo normal de un modo permanente.

Las preparaciones histológicas de los órganos linfoides en animales sometidos á la acción de los rayos X, demuestran que la linfocitosis producida por las pequeñas dosis de estos rayos se debe á un efecto primario estimulante sobre el tejido linfóide del animal.

Los rayos X en dosis mayores de las que se pueden aplicar terapéuticamente no destruyen las células cancerosas, aunque algunas veces producen sobre ellas efectos nocivos; las células cancerosas llegan á adquirir una resistencia á los rayos X después de repetidas dosis de éstos,

BACTERIOLOGÍA EN LENGUA ESPAÑOLA

1 El germen específico de la influenza, por el doctor Leonel Plasencia.—De una comunicación presentada por el autor á la Academia de Ciencias de la Habana, reproducimos las siguientes conclusiones:

1.^a El coco-bacilo movable aislado por nosotros se encuentra en todos los casos de influenza vera, clínicamente comprobado en la actual epidemia. Primer postulado de Koch.

2.^a No se encuentra, dentro de las dificultades del momento, en plena epidemia, en otras afecciones que no sea la influenza. Estimamos que es el tiempo el encargado de corroborar esto último. Segundo postulado de Koch.

3.^a Siempre y de manera constante se produce en el mono, animal sensible, un proceso patológico muy semejante al del hombre. Tercer postulado de Koch.

4.^a Se ha comprobado en la sangre de los enfermos bacteriolisinas aún con diluciones al 1 por 500, específicas para este germen. Reacciones humorales.

5.^a La acción de las vacunas puras es evidente en los casos infectados de influenza. Especificidad del germen y corrección de la dosis vaccinal inicial.

De todo esto deducimos basándonos en lo que exige la más rigurosa observación y las pruebas científicas más exactas, que éste es el germen causal de la actual pandemia.

Por último, según la literatura que poseemos, este germen no está descrito por ningún investigador, y por tanto lo designaremos con el nombre de «*Bacillus Influenza Motilis*». *Vida Nueva*, Habana, Noviembre 1918.)

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Inercia uterina.—Titus, de Pittsburgh, en el *Journal American Med. Assoc.*, del 14 de Septiembre de 1918, publica un trabajo sobre la inercia uterina basado en una serie de casos, trabajo que termina así:

1.^o La distinción entre la inercia uterina y el agotamiento uterino es clara; las contracciones del útero en la primera son ineficaces, mientras que en la segunda se ha agotado la fuerza contra algún obstáculo.

2.^o Según esta distinción, basada en la etiología, es incorrecto llamar á la primera inercia primitiva y á la segunda inercia secundaria.

3.^o La diferencia entre la inercia y el agotamiento es importante desde el punto de vista del tratamiento, porque en la primera es más ó menos expectante, mientras en el segundo debe ser profiláctico y dirigido contra el obstáculo que se opone al parto.

4.^o La inercia empieza en el primer período del parto. Si no se han roto las membranas, el tratamiento consiste en el uso de estimulantes uterinos ligeros, alternando con períodos de descanso producidos por los narcóticos hasta alcanzar el segundo período cuando puede llegar á ser necesaria la intervención activa. Si se han roto las membranas, puede ser imperativa la intervención por la elevación de la temperatura ó el pulso de la madre, ó porque se perciban cambios alarmantes en el corazón del feto. Esta intervención incluye las incisiones múltiples de Dührssen del cuello y la incisión cesárea vaginal, ambas seguidas de la extracción por el fórceps ó el uso de las pelotas cervicales.

5.^o La intervención en el segundo período no es tan seria como en el primer período y consiste principalmente en la extracción con el fórceps.

6.^o Deben evitarse las exploraciones vaginales frecuentes, sustituyéndolas por exámenes rectales.

7.^o La ruptura prematura de la bolsa amniótica es una causa común de inercia en enfermas que por lo demás se encuentran bien y son fuertes, mientras que defectos de constitución, hiperdistensión de la matriz por feto doble, hidramnios y embarazos frecuentes, son también factor etiológico importante en la producción de este estado.

8.^o La retención de la placenta, con ó sin contracción del útero en reloj de arena, es un resultado común de la inercia que llega hasta el tercer período y es fácil que se presente la hemorragia en y después del período placentario.

2. Los nacidos en fecha prematura.—En el *Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte*, de Basilea (6 de Julio de 1918), Reber expone la experiencia lograda en el Asilo de Infantes de Basilea, donde ha estudiado 152 niños nacidos en época prematura, y confirma que á tales niños hay que suministrarles de 120 á 140 calorías por kilogramo de peso cada día. Es posible que lleguen á prosperar niños que sólo pesan 1.000 gramos. El niño más pequeño que sobrevivió pesaba sólo 1.120 gramos en el momento de nacer, y 1.010 algunos días después. La mayor dificultad en estos casos consiste en hacerles tomar alimento. La medida más pequeña del niño que sobrevivió fué de 21 centímetros, y 26 centímetros fué la circunferencia más pequeña de la cabeza. Los nacidos prematuramente que son hijos de padres tuberculosos ó sifilíticos, murieron todos, y los niños que padecieron ictericia retardada ó ataques de asfixia, también murieron casi todos. Un 20 por 100 de todos los nacidos prematuramente eran gemelos. Los prematuros que vivieron eran casi todos niños sanos con un peso medio y dimensiones correspondientes á su edad y con el correspondiente tanto por ciento de hemoglobina.

Ahora no se usan incubadoras en la institución: los niños son conservados calientes con dos ó tres botellas de agua caliente en la cama, con la cabeza cubierta con un capuchón de algodón y con un cuidadoso y frecuente examen de la temperatura del niño. El niño puede ser así alimentado sin necesidad de moverle mucho. Es de vital importancia no dejar que el niño se enfríe en su viaje hacia la institución. El descenso en la temperatura en estos niños, después del nacimiento, es excepcionalmente grande. Un niño que sobrevivió, tenía sólo 34°,4 C. y sólo después de dos semanas llegó á alcanzar la temperatura normal. Ambas regulaciones de temperatura, la normal y la periférica, parecen defectuosas. La temperatura nocturna del recto era raras veces superior á 37° cuando los niños prosperaban. Aun con niños nacidos á término, una temperatura rectal de más de 37°,2 es considerada como patológica. Solo uno murió de los prematuros entre cuatro hijos de eclámpicas y ninguna de las mujeres con alteraciones cardíacas.

Le parece que la leche es útil en las primeras semanas cuando la del pecho no es adecuada. Una mezcla de leche de vacas y de caldo, para suplementar la leche del pecho, aumenta el peso del niño, probablemente por la retención del agua, debida al aumento en la ingestión de la sal. Gran parte de los prematuros parecen desarrollarse admirablemente con sola leche de vacas diluida en los primeros días.

3. Tuberculosis de los órganos genitales femeninos.—Tassoni (*Annali di Obstetr. e Ginecol.*, de Milán, Julio de 1918) dice que entre 948 mujeres del Instituto Clínico Obstétrico Ginecológico de Roma, en el último período de tres años, nueve presentaban en los órganos genitales lesiones inconfundibles de tuberculosis. En siete casos estaban invadidas las trompas, y los ovarios y la vagina, en cambio, estaban libres. En siete de los nueve casos, la hipoplasia de los órganos genitales había, evidentemente, proporcionado una predisposición, y en siete casos las lesiones eran

secundarias generalmente á otras existentes en el peritoneo. El intervalo entre la lesión primaria en la pleura, en los pulmones ó en el peritoneo fué de dos, de tres, de diez, de doce y de quince años. Los síntomas de la lesión tuberculosa fueron durante mucho tiempo oscuros é insidiosos. Cinco de las mujeres habían antes dado á luz. En un caso había además gonorrea y en el otro sífilis.

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Resultados del tratamiento quirúrgico en 75 casos de úlcera gástrica y duodenal, por los doctores Ricardo Finochietto y Raul F. Vaccarezza.— Los autores resumen su notable trabajo con los siguientes párrafos:

Ante todo admitimos que existe un solo tratamiento, el médico-quirúrgico, puesto que sus dos componentes en lugar de oponerse se complementan.

En la clientela hospitalaria practicamos el tratamiento quirúrgico en todos los ulcerosos crónicos del estómago y duodeno; excepción hecha de los no oficiales en los cuales pueda admitirse que la sífilis juegue algún rol. En tales casos prescribimos el tratamiento específico y los cuidados dietéticos é higiénicos de práctica; si los resultados no satisfacen, operamos, sin descuidar por ello el tratamiento de la lues.

En la clientela que puede hacerlo, instituímos, si ya no lo ha sido, un riguroso tratamiento médico (método de Hamburger), y en caso de fracaso indicamos la intervención quirúrgica. Si la lesión está localizada en el píloro ó región yuxta-pílorica, y se traduce por un síndrome orificial evidente, la indicación operatoria es imperiosa.

En todos los casos, á la operación debe seguir un tratamiento farmacológico y dietético complementario.

La operación de elección es la gastroenterostomía.

Frente á las hematemesis, somos abstencionistas, si bien intervenimos en un franco intervalo libre.

Los casos de perforación subaguda, vistos en las primeras doce horas, deben operarse de urgencia, practicando un refuerzo de la oclusión espontánea de la perforación y una gastroenterostomía. Si el caso se presenta alrededor de las veinticuatro horas, y la reacción de la pared es limitada y los síntomas generales poco intensos, se ordenará reposo absoluto local y general, y gastroenterostomía secundaria.

En las perforaciones agudas somos partidarios del cierre de la perforación, mas gastroenterostomía. Esta última operación sólo debe desaconsejarse cuando constituya por sí un peligro de muerte mayor, que el cierre simple de la perforación. Cuando este cierre sea imposible por medios plásticos, la gastrostomía será practicada como extremo recurso. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 12 Diciembre de 1918.)

2. Tratamiento postoperatorio en las osteomielitis, por el Dr. Enrique Slocker y La Rosa.—Deduce el autor de su estudio las siguientes conclusiones:

1.^a En sustitución del relleno con pasta de Mosetig de los grandes ó pequeños vaciamientos de hueso por focos de osteomielitis, utilizó el tul graso Lumiere y la luz solar.

2.^a Abrevia, modela y coadyuva á la desinfección postoperatoria del foco.

3.^a La curación de los casos de trepanación por osteomielitis por este método combinado de luz solar y tul graso Lumiere no tarda mucho más de cuarenta ó cincuenta días para los lazos más lentos.

4.^a Es aplicable á toda reparación de tejidos por segunda intención.

5.^a Por lo tanto, lo considero como método de tratamien-

to postoperatorio, no sólo útil, sino indispensable. Lo utilizo también en los muñones de amputación.

6.^a Excluye la mayor parte de las veces la oclusión de las pérdidas de sustancias óseas, con otros materiales, grasa, hueso, etc.

7.^a Es coadyuvante no sómeter al enfermo al régimen de absoluto reposo en cama, que tan rutinariamente venimos practicando hace años. No hay que olvidar que tenemos la obligación de hacer lo posible por curar al enfermo no sólo bien, sino lo antes posible en los hospitales, para ahorrar estancias, y en la práctica privada, como en aquéllos, para dejar al enfermo útil para el trabajo y que pueda producir. (*Policlínica*, Valencia, Noviembre-Diciembre de 1918.)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. A propósito de las resecciones del codo, por el Dr. Genevet.— El autor estudia las resecciones del codo á consecuencia de herida por proyectiles de guerra y deduce las siguientes conclusiones:

1.^a Que la clínica, de acuerdo con la fisiología, prueba indiscutiblemente que desde los puntos de vista de conservación de la vida, conservación del órgano y conservación de las funciones, las resecciones totales del codo dan el máximo de resultados, cuando la técnica es buena y los cuidados postoperatorios convenientes, resultados infinitamente superiores á los que se pueden esperar de las esquirolec-tomías atípicas y de las hemirresecciones.

2.^a Que estos cuidados postoperatorios pueden ser asegurados en todas las circunstancias gracias á la utilización más precoz y más completa de los centros de cirugía ósea y á una buena contención de los ressecados ayudada por la sutura metálica.

3.^a Que, en fin, la principal objeción contra las resecciones totales del codo, desaparece desde el momento que si la eventualidad de un brazo colgante se realiza en los casos desgraciados, que serán siempre excepcionales, estos heridos no deben ser considerados como incurables, puesto que en su mayor parte puede remediarse su lesión por medio de una nueva intervención fácil de realizar. (*Paris Medical*, 28 de Diciembre de 1918.)

4. Esterilización de los anestésicos locales.—En *The Lancet*, de Londres, 29 de Junio de 1918, Macnaughton y Jones describen un método sencillo pero eficaz para preparar una disolución estéril de cocaína ú otro anestésico local que puede también contener cloruro de epinefrina. Consiste en preparar una disolución de cloruro sódico al mismo tiempo que la de anestésico ó anestésicos y cloruro de epinefrina; cada constituyente está en una cantidad tal que la dilución con muchas veces (en ocasiones hasta cuarenta) su volumen de agua dará la disolución que contiene el debido tanto por ciento de cada uno. La preparación se coloca en un matraz sellado ó en una ampolla y allí se mantiene hasta que es exigido. Inmediatamente antes del empleo de la infección se añade agua esterilizada. Los experimentos demuestran que si la preparación es inoculada con las formas ordinarias bacterianas de contaminación, la presencia de sal concentrada las hace estériles en pocos días. Un método sencillo de preparación de la solución concentrada es tomar las cantidades de anestésico, de sal, etc., exigidas en 1.000 y disolverlas en 25 de agua en lugar de 1.000. La solución concentrada de Macnaughton y Jones contiene: prococaina 3,25 (13 por 100), cloruro sódico 3,25 (13 por 100), solución de cloruro de epinefrina (1 en 1.000) 8, (ó 32 por 100), agua; en peso (ó notrico) hasta 25 (100). Si se desea una disolución de cocaína al 2 en 1.000 (0,2 por 100), la fórmula se modificaría del siguiente modo: La solución osmótica de tal solución

es solo igual á la de 0,35 en 1.000 de cloruro sódico, y por consiguiente se añade 3,65 por 1.000 de esta sal, pero como la cocaína produce anemia, puede reducirse la epinefrina, la disolución concentrada es, cloruro de cocaína 2 (8 por 100), cloruro sódico (aproximadamente) 3,75 (15 por 100), cloruro de epinefrina (1 en 1.000) 6, (25 por 100), agua su peso 25 (100).

5. **Prevención del dolor producido por distensión intestinal por gases en los operados.**—L. A. Emge, de San Francisco, en el *Journ. American Med. Assoc.* (14 de Septiembre de 1918):

Las observaciones clínicas y experimentales sugieren la idea que la purga preoperatoria es un gran factor en la producción de los dolores por gases.

En las operaciones, los intestinos fuertemente purgados son de más difícil manejo que los intestinos no purgados en atención á la congestión y á la distensión.

Un enema limpia el tramo intestinal inferior lo suficiente para cualquier intervención operatoria.

Los enfermos que no han sido purgados, están relativamente libres de los dolores por gases.

6. **Un nuevo principio en el tratamiento quirúrgico de los tumores cerebrales.**—Strachauer, de Minneapolis, en el *Journ. American Med. Assoc.* (14 de Septiembre de 1918) dice:

Los casos de tumores cerebrales que resultan negativos á la craniotomía, no son necesariamente casos sin esperanzas, pues un tumor situado en la profundidad, inaccesible, puede desarrollarse con el tiempo y hacerse más próximo á la superficie y ser extirpable. La descompresión puede tener una influencia favorable determinando se muestre el tumor y sobresalga en cierto grado de manera espontánea. Los casos que sólo han sido explorados una vez han corrido la mitad de la suerte. La reoperación puede convertir la derrota en victoria.

El shock es la principal causa de muerte operatoria en la cirugía neurológica.

El shock directo está sujeto á las leyes de la concentración y de la dosis.

El operar rápidamente es equivalente á la administración de una dosis concentrada de shock y debe ser evitado.

El shock indirecto es sinónimo á hemorragia y se halla dentro de la acción del operador.

La descompresión amplia y la exposición del campo operatorio cura y evita la compresión medular, y es esencial para el éxito.

En las manos de los especializados y experimentados, la mortalidad operatoria en la cirugía neurológica puede ser comparada favorablemente con la mortalidad en otras ramas de la Cirugía. Sin la intervención quirúrgica, el resultado fatal de los que padecen tumor cerebral es la muerte. Sólo la Cirugía puede salvar la vista y aliviar indescribibles sufrimientos físicos y morales, prolongar la vida y en ocasiones curar.

7. **El periostio.**—Los experimentos de Lariche y Policard, publicados en la *Presse Medicale*, de París, 18 de Marzo de 1918, demuestran que con el periostio se puede hacer hueso, independientemente de la edad del sujeto. La cortical del hueso produce tejido óseo y el periostio lo mantiene dentro de sus propios límites. La regeneración del hueso requiere la cooperación de los dos. El periostio, fisiológicamente concebido, representa el verdadero elemento manejable de la osteogénesis quirúrgica. Algunos de los detalles histofisiológicos de la regeneración del hueso aparecen claros en las láminas que confirman que el periostio sirve como una re-

gión de osificación, pero sólo cuando hay algún tejido óseo presente. En una resección subperióstica, por ejemplo, deben dejarse algunos trozos de tejido óseo de la cortical del hueso que deben continuar adherentes al periostio. De la combinación de estos dos resulta una regeneración del hueso que puede dirigirse en toda ocasión.

8. **Anestesia general por sacrococainización.**—De Filliatre declara en el *Paris Medical*, 15 de Junio de 1918, que ha hecho más de 2.000 aplicaciones del método del barbotage de anestesia espinal que confirman la eficacia y la inocuidad de la técnica. Con una sola inyección puede ser anestesiada toda la medula y sus raíces. La cocaína parece el mejor de los anestésicos para esta técnica. La aguja es de 12 á 15 centímetros de longitud, la jeringa tiene una capacidad de 3 c. c., y con ella se emplea un tubo de cristal graduado de 30 c. c. de capacidad. La aguja es introducida en el espacio sacrolumbar á nivel de la primera vértebra sacra. Después de quitar el guía, sale el líquido que es recibido en el tubo graduado. Entonces la jeringuilla que contiene la cocaína se une á la aguja y se empuja el pistón con gran suavidad. Se permite inmediatamente después que el pistón vuelva hacia atrás y hasta se obliga al enfermo que tosa para conseguirlo. De nuevo se hace que vuelva á avanzar el pistón, y toda la maniobra se repite tres ó cuatro veces. Terminado este barbotage se saca la aguja y se hace que el enfermo se recline. Saca 20 c. c. de líquido espinal para la anestesia del pecho si el líquido sale goteando, y 30 c. c. si sale en chorro. La cantidad de solución de cocaína para la región subumbilical es de 2 c. c. Para la región supraumbilical es de 2,5 c. c. Si el enfermo es muy fuerte llega hasta los 3 c. c. Para las piernas basta 1 c. c. Un ayudante hace que el enfermo respire regularmente veinte veces al minuto. Durante la operación y dos horas después, no se debe mover la cabeza del enfermo. Otra precaución es una inyección subcutánea de morfina-escopolamina media hora antes de la operación con una inyección de 3 miligramos de sulfato de estricnina y 5 centigramos de sulfato de esparteína. Al empezar la operación, se vendan al enfermo los ojos y nadie debe hablar mientras se opera.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 1.º DE FEBRERO DE 1919 (1)

La primera sesión literaria que celebró esta docta Corporación fué presidida por el inolvidable amigo Dr. Cortejarena. ¡Cómo íbamos á pensar que tres días después no volveríamos á verle más presidiendo estas controversias científicas!

Descanse en paz nuestro venerable y sabio maestro.

La gripe en España.

El DR. MURILLO recuerda que esta pandemia después de haber hecho en Mayo último su recorrido habitual por toda España, llegando hasta casi desaparecer en Junio, se presentó en Septiembre con caracteres graves, llegando en Diciembre á una mortalidad de 40.478 óbitos por gripe.

Dice que esta observación se hizo también en otros países, como Viena, que duró seis semanas, casi desapareció, y luego presentóse de nuevo. Lo propio ocurrió en los Estados Unidos de América.

Encarece la importancia del tema, primero, por tratar de una enfermedad infecciosa que causa numerosas víctimas;

(1) Primera del presente año.

segundo, por desconocerse hasta la fecha remedio alguno eficaz, confiando en que conociéndose bien su etiología pueda entablarse un tratamiento seroterápico; tercero, porque estas pandemias gripales se suceden cada vez con más frecuencia (presentáronse en 1847, 1890 y 1918); y cuarto, por la transmisión de la enfermedad, contagio directo de hombre á hombre, principalmente por los microbios contenidos en la cavidad bucal de los convalecientes que expulsan al hablar, estornudar y toser.

En cuanto á la marcha de la invasión, sigue la dirección y velocidad de las líneas y medios de comunicación de cada país.

El Dr. Murillo se ocupa después de la bacteriología de la gripe, y dice que en 1847 se hablaba de miasmas, teoría que se abandonó en 1890. Desde esta época se han encontrado en la mayor parte de los casos el pneumococo y el estreptococo, atribuyendo la malignidad de esta infección á virulencias exaltadas por la asociación de estos microbios.

Añade que Pfeiffer en 1892 aisló del exudado bronquial de 31 enfermos de gripe el *bacillus influenzae* causante de la enfermedad, aduciendo argumentos que han sido combatidos por varios autores. Estos argumentos son: 1.º, el haber encontrado dicho bacilo en cultivos puros en todos los casos investigados; 2.º, haber encontrado en cantidades enormes la bacteria específica; 3.º, que la masa de bacilos fué siempre paralela á la intensidad de la epidemia; 4.º, haber encontrado el bacilo en íntima conexión con las lesiones patológicas bronquios, alvéolos pulmonares, tejido intersticial; 5.º, no haberlo encontrado en otras enfermedades (tuberculosas, catarros, bronconeumonías, etc.); 6.º, el haber obtenido algunos resultados prácticos en el tratamiento de la gripe con la inyección de bacilos atenuados; y, finalmente, los experimentos en animales, en los que pudo comprobar Pfeiffer que humedeciendo el hocico de varios monos con cultivos del bacilo, éstos presentaban á las pocas horas, coriza, fiebre, etc., y observó también que la inyección en el conejo producía la muerte al poco tiempo. Estos resultados eran análogos operando con bacilos vivos que con bacilos muertos, lo que prueba que este bacilo posee enérgicas endotoxinas.

Los caracteres del bacilo, según Pfeiffer, son: bacilo poco resistente, muy lábil, asporógeno, que á los 54º muere en pocas horas; su acción es producida, principalmente, por las antitoxinas y se multiplica con gran rapidez.

Dice el Dr. Murillo que la enfermedad tiene un período de incubación muy corto y el curso rápido; que la astenia y los dolores que se presentan indican que el microbio productor debe engendrar enérgicos venenos; que la contagiosidad es considerable y progresa con gran rapidez verificándose directamente de persona á persona. Su profilaxia se funda evitándose esto, pues la desinfección de casas, trenes y otros elementos es muy relativa, comparada con la que tienen la desinfección individual, el aislamiento, etc.

Manifiesta que ha recibido unos dibujos de los Estados Unidos de América, en los que se demuestra de una manera gráfica la campaña hecha allí en este sentido.

Prosigue diciendo que como la gripe se propaga principalmente por las partículas expelidas de la boca y la garganta, en muchos países se han colocado carteles en gran profusión, en los cuales se ve á un anciano que recomienda á un pequeño que coloque su pañuelo delante de su boca y nariz, para proteger de esta manera la salud del público.

Volviendo á ocuparse de la etiología de la gripe, dice que después de lo expuesto por Pfeiffer, han surgido dudas y vacilaciones; que Jochmann pretendió haber aislado en el exudado bronquial y en las flemas de un enfermo con tos feri-

na un germen análogo morfológicamente al de la influenza. Tal vez fué un error de técnica, puesto que Bordet descubrió el bacilo de la coqueluche perteneciente á la clase de los hemoglobínófilos. Otros bacteriólogos han hallado en el moquillo del perro un bacilo análogo al de Pfeiffer, así como otros hallados en algunas enfermedades febriles del ganado de cerda.

Otros de los argumentos en contra es el haberle hallado en la boca de personas sanas confundido con la flora microbiana habitual de la cavidad buco-faríngea; otro argumento es el no haber hallado el bacilo responsable en algunas epidemias gripales, como ocurrió en la de Frankfort, siendo responsable de esta epidemia el *micrococcus catharralis*, y otros bacilos (estreptococos y pneumococos principalmente). Lo propio sucedió en la de Chicago, en que Mathers atribuía la epidemia á un estreptococo hemolítico.

Pasa el Dr. Murillo á ocuparse de la actual pandemia de gripe y comienza por sentar que en el año anterior el estado de la cuestión microbiológica de la gripe era de que muchos, la mayoría, la creía debida al bacilo Pfeiffer; y otros, los menos, creían que eran otros los microbios responsables de ella. En Madrid unos bacteriólogos hallan el bacilo de Pfeiffer (Instituto de Alfonso XIII, Hospital Militar), y otros hallaron siempre el estreptococo y el pneumococo, sucediendo lo mismo en otros países como en Munich, por ejemplo, en donde en más de doscientos casos examinados no se encontró el bacilo Pfeiffer en ninguno, y en cambio hallóse siempre el estreptococo y el pneumococo. El hallazgo más constante del bacilo Pfeiffer ha sido más constante estudiando la anatomía patológica de la gripe en las preparaciones obtenidas directamente de las lesiones. Así lo comprobó una comisión sanitaria inglesa.

En los casos en que no se ha encontrado, cree el Dr. Murillo que puede ser debido á la forma de la infección, que cabe revestir tres formas diferentes: la respiratoria, la nerviosa y la abdominal.

Estas dudas condujeron á algunos investigadores á buscar en un virus filtrado elementos que fueran invisibles á los medios ópticos, y á este fin respondieron los trabajos de distinguidos bacteriólogos. Cita varios experimentos para deducir que el bacilo de Pfeiffer es admitido universalmente como agente responsable de la gripe y que tiene una participación grande, sobre todo, en las infecciones de forma respiratoria.

El Dr. Murillo se ocupa luego de la terapéutica derivada de estos hechos etiológicos; que por desgracia tiene poco que decir, porque ningún medicamento ha dado resultado plenamente satisfactorio, ni las vacunas de estreptococos y pneumococos, porque no va incluido el antígeno de la gripe. Considera más acertada la idea de la Comisión inglesa, que aconsejó el empleo de una vacuna hecha con el bacilo de la influenza asociada al microbio que se quiera, ó al que se crea conveniente según las complicaciones que haya que tratar. Cree que podría aconsejarse el empleo de una vacuna hecha con los microbios de la pandemia, asociada á pneumococos de la raza adecuada, porque existiendo cuatro categorías de pneumococos, es necesario para que una vacuna dé un resultado eficaz, que lleve por lo menos pneumococos de tres razas distintas. En la pandemia actual se han preconizado varias vacunas, entre ellas el suero de convalecientes, empleado ya en 1890. Esta vacuna no dió los resultados apetecidos, ni es fácil su empleo, porque se necesitan inyecciones de 100 c. c. por lo menos para tratar suficientemente la infección; de aquí que se haya pensado en la autohemoterapia, que consiste en sacar sangre del enfermo é inyectarla por vía hipodérmica. Este procedimiento lo con-

sidera el Dr. Murillo de poca utilidad, porque no habiéndose formado todavía anticuerpos en la sangre del enfermo, que son los encargados de vencer la infección, no parece que pueda producirse ningún efecto útil.

Otro de los procedimientos de seroterapia preconizado es el del Dr. Valero, en España, que consiste en provocar en el enfermo la formación de fíctenas por medio de cantaridato de sosa, extraer la serosidad con una jeringa é inyectarla por vía subcutánea al mismo tiempo paciente. Tampoco este tratamiento tiene base científica seria, porque aun cuando en este suero existan albúminas, seroglobulias, hormonas, diastases, etc., como no hay anticuerpos nada podrá hacer contra la infección. El autor se funda en la acción de la cantaridina sobre la mucosa, pero ésta es casi nula y sirve de poco, como ya se convino cuando se trató de las tuberculinas. Aparte de esto, hay que tener presente los peligros que para el riñón representa la acción de la cantaridina.

Dice que hasta ahora no hay ningún medicamento de segura eficacia indudablemente eficaz para el tratamiento de la gripe y cree posible que con el tiempo la quimioterapia resuelva el problema de la terapéutica de esta infección.

El Dr. GONZÁLEZ ALVAREZ, al intervenir en este asunto, dice que se va á ocupar de un punto de la comunicación expuesta por el Dr. Murillo: el referente á la profilaxis de la gripe. Manifiesta que tiene la convicción de que la difteria ocurría siempre porque había lesión en el epitelio de la mucosa faríngea ó laríngea, y que fundado en esto aconsejó hace mucho tiempo como medio profiláctico el emplear un queratoplástico para mantener íntegra la mucosa; por esto recomendó el empleo del clorato potásico, que se dijo tener una acción especial sobre el epitelio de la mucosa, y fundado en esto hizo la profilaxis individual de la difteria en la epidemia de 1876.

Refiere, en corroboración de lo dicho, lo ocurrido en una hija suya que padeció difteria, y en la cual no se veía lesión alguna en la laringe ni en la faringe, tanto que hizo dudar al médico que la asistió de que realmente se tratase de un caso de difteria; pero á las veinticuatro horas se pudieron observar grandes membranas en las fosas nasales con un borde blanco, que llegaba hasta la pared posterior de la faringe, por detrás de la úvula. Explica esto diciendo que como la faringe y la laringe habían sido bañadas por el clorato potásico que él la hacía tomar, no había en ellas membranas, y en cambio, sí aparecían en las fosas nasales y en la parte de la faringe tapada en la deglución por el velo del paladar. El método terapéutico consiste en tragar medias cucharaditas de una solución de clorato potásico al 2 por 100.

Dice que del mismo modo, en las infecciones gripales las lesiones faríngeas son uno de los primeros síntomas y que él ha supuesto que en la gripe lo primero que resulta atacada es la faringe, que luego siembra á todo el organismo generalizándose el proceso.

Como el medio de invasión principal de la gripe es por la garganta, cree que este procedimiento de lavados faríngeos y laríngeos con clorato potásico es un medio de defensa de bastante consideración, y añade que él á pesar de hallarse en frecuente contacto con enfermos gripales, mediante el empleo de ese procedimiento no ha sufrido, así como ninguna de las personas de su casa, ataques de gripe.

Dr. CESALDO.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID (1)

Era, pues, una verdadera *segmentitis* anterior gonocócica metastásica.

(1) Véase el número anterior.

La curación fué completa. La conjuntivitis blenorragica metastásica evoluciona en un lapso de tiempo que oscila entre siete días y cuatro semanas. En nuestro caso duró en total trece días.

Pronóstico.—Es benigno casi siempre, aunque la conjuntivitis suele recaer á cada nuevo brote articular. Conviene tener presente las alteraciones visuales que pueden resultar de las localizaciones irido-ciliares.

Patogenia.—El criterio de los oftalmólogos ha discrepado algo sobre este punto. Unos (Terrien, Fuch creen que son las toxinas solas las que provocan la inflamación conjuntival. Otros (Marax, von Holl) culpan á la presencia misma del parásito, por haberlo encontrado en secreción de algunos enfermos.

Lo que recientemente sabemos acerca del modo de acción de las toxinas gonocócicas aboga en pro de esta última opinión.

Tratamiento.—Las obras de texto y consulta de que yo dispongo no dicen ni una palabra sobre el tratamiento de esta variedad de conjuntivitis gonocócica. La única publicación que he leído es la del Dr. Demaria, de Buenos Aires, publicada en *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos* el año 1907, si mal no recuerdo, que se refería á dos casos en los cuales empleó los lavados con una solución débil de formol y un colirio de nitrato argéntico. Yo, por mi parte, me declaro enemigo del nitrato en estos casos por creer que, habiendo poca secreción y encontrándose el gonococo en el tejido submucoso, la acción del colirio debe resultar inútil, y por lo tanto, no lo considero indicado. Me limitaré, pues, á recordar el que yo empleé que llena cumplidamente las indicaciones en que lo he fundamentado. Huelga el decir que las complicaciones irido-ciliares ó eventualmente corneales requieren además el tratamiento sintomático propio de dichas lesiones.

Para terminar, haré constar que dado el curso que han seguido las demás manifestaciones de la infección general gonocócica en nuestro sujeto, que ha recibido más de trece inyecciones de vacunas, no creo que éstas hayan influenciado ni bien ni mal la evolución de la conjuntivitis.

Dr. Jenaro González.—El caso expuesto de conjuntivitis blenorragica metastásica, tiene de blenorragico todos los caracteres clínicos del síndrome local que caracteriza á esta enfermedad; pero en lo que se refiere á *metastásico* que es lo que más nos interesa, deja lugar á duda y muy bien pudiera haber sido producida por contagio directo de la secreción uretral. Los datos apuntados como probables de infección endógena por el Dr. Carreras, son á mi juicio insuficientes para hacer una afirmación categórica, pues falta en la observación hecha al enfermo, uno de los síntomas más importantes que diferencian ambos mecanismos de infección. Pues admitido que el gonococo ha pasado al torrente circulatorio para emigrar á la conjuntiva y producir la conjuntivitis, tiene que haber precedido á la formación del proceso local un fenómeno de septicemia fugaz caracterizado por intenso escalofrío febril.

¿Ha notado el Sr. Carreras ó averiguado tales pródromos?... Pues bien, si ha pasado desapercibido para S. S. este detalle, el caso queda sin resolver. Aunque la conjuntivitis sea efectivamente *metastásica* hubiera sido necesario para su comprobación recoger este síntoma de gran valor patogénico y que indudablemente ilustraría mucho al caso clínico que nos presenta.

En cuanto á querer apoyarse, para explicar la metastasis, en que el examen bacteriológico no dió gonococos en la secreción conjuntival, porque éstos se encontraran por debajo de la primera capa epitelial, no lo creo argumento de

bastante peso, por cuanto en oftalmías blenorragias corrientes, por contagio directo, muchos análisis fueron negativos en ciertos periodos de la enfermedad; sobre todo cuando existe mucha hipertrofia del folículo linfático.

No niego, pues, que la conjuntivitis sea metastásica (que así lo creo), pero para tener la certeza es necesario recoger más datos que no dejen lugar á dudas por insuficiencia de estudio.

Dr. G. Mansilla.—Manifiesta que el caso presentado por el Dr. Carreras es interesante por lo excepcionales que son las metástasis gonocócicas de la conjuntiva, y por lo difícil que es probar que la infección se ha realizado por el medio interno y no por la acción del gonococo sobre la conjuntiva.

La carencia de gérmenes gonocócicos en la conjuntiva no es prueba absoluta de que la conjuntivitis sea metastásica, pues en las conjuntivitis gonocócicas primitivas pueden faltar en los casos muy benignos ó cuando no se practican repetidos exámenes microscópicos.

No obstante lo expuesto, considera que el caso expuesto por el Dr. Carreras es muy verosímil que sea de conjuntivitis metastásica, especialmente por el hecho de coexistir con artritis blenorragica.

Cuanto al tratamiento, considera que el local debe ser sumamente suave (lavado antisépticos y argirol), teniendo más confianza en el general, especialmente el salicilato de sosa y el suero antigonocócico con el que ha obtenido buenos resultados en otras manifestaciones metastásicas oculares, sobre todo en la eritis blenorragica.

El Dr. Castresana.—La oftalmía blenorragica metastásica, puesta en duda antiguamente, al suponer que la blenorrea era producida siempre por el transporte directo de la secreción virulenta sobre la conjuntiva, hay que admitirla como un hecho consumado en la actualidad, después de los casos publicados antes del año 1893 por Rosbrock, Haltenhoff, Rüokeert, Armeignac, Ricort y algunos más modernos, que se consignan en las revistas científicas de la especialidad. En todos ellos la inflamación de la conjuntiva de forma leve, fué considerada de origen metastásico y originada de la misma manera, como una blenorragia produce á veces procesos inflamatorios del iris ó de las membranas serosas de las articulaciones.

El cuadro clínico del enfermo presentado por el Dr. Carreras, parece inducirnos á pensar en una oftalmía metastásica, pero bueno será advertir que la conjuntivitis producida de este modo es preciso estudiarla muy detenidamente y ser muy parcos en su admisión, si tenemos en cuenta las experiencias de Piringer. Este ilustre autor ha producido intencionadamente muchas infecciones en ojos de personas ciegas, pagadas al efecto, y ha podido comprobar algunos hechos clínicos que debemos consignar. El período de incubación se realiza en un plazo muy breve, cuando la virulencia del gonococo es muy grande, y en cambio se desarrolla á más larga fecha cuando el virus procede de una blenorragia poco intensa. La infección de la secreción blenorragica se atenúa diluyéndola en agua; llega á ser inactiva diluida al centésimo, ó desecándola sobre un lienzo en el que pierde su poder infectivo á las treinta y seis horas de haber sido extendidas sobre él. En la única forma que puede continuar su acción virulenta por espacio de sesenta horas, es conservada como la vacuna.

De estas experiencias se deduce que á medida de que la intensidad de la infección blenorragica se debilita, el período de incubación se prolonga, y las infecciones que producen son mucho más atenuadas.

En este hecho nos fijamos nosotros para pronosticar menos gravemente las oftalmías del recién nacido, cuando éstas se distancian más de seis días después del parto, porque el largo período de incubación nos indica siempre que la intensidad de la infección gonocócica no es muy grande. Si ésta se encuentra atenuada, como sucede algunas veces por cualquier circunstancia, llevada por contacto directo sobre la conjuntiva, dará lugar á una conjuntivitis blenorragica ligera, que podría confundirse con la metastásica. Por eso creo que debemos ser muy parcos en la admisión de estos casos clínicos, estudiarlos muy detenidamente con repetidos análisis de la secreción conjuntival y buscar cuidadosamente la reacción febril que produce siempre la toxina gonocócica en el torrente circulatorio.

Es cierto que la aparición frecuente de manifestaciones triculares al mismo tiempo que los síntomas inflamatorios de la conjuntiva, nos evocan el recuerdo de la oftalmía reumatisal de Fournier. Es cierto también, que la ausencia de gonococos en la secreción conjuntival es casi constante, pero no se puede hacer de esta ausencia un síntoma patognomónico, después de los casos publicados por van Moll y Morax, en los que pudo comprobarse la presencia del gonococo mediante el examen microscópico.

La falta del gonococo en la secreción conjuntival pudiera explicarse de una manera parecida á lo que sucede en la infección articular, en la que muchas veces no pasa el microorganismo al exudado articular, proliferando en el espacio de la sinovial quizá debido á una menor intensidad de la infección.

Rectificación.

Dr. Carreras.—El Dr. Jenaro González abriga dudas con respecto al origen metastásico de mi caso clínico y estas dudas las concreta en las dos siguientes objeciones: 1.ª, No hay seguridad de que el gonococo se hallara en la sangre si no se comprobó el escalofrío septicémico; 2.ª, Pudiera haber gonococos ocultos entre las papilas ó folículos de la mucosa hipertrofiada y no ser descubiertos en la secreción.

Si el Dr. González se hubiera fijado mejor en los detalles del caso relatado, á buen seguro que no hubiese aventurado objeciones que cual las suyas quedan refutadas con la sola exposición del hecho clínico. En efecto, respecto del primer punto ¿puede nadie dudar de que el gonococo haya pasado á la sangre existiendo una artritis blenorragica? ¿Podría explicarme el Dr. González cómo ha podido el microbio pasar desde la uretra á la sinovial de la rodilla si no es por medio de la sangre? Queda, pues, fuera de toda duda que el gonococo estaba en la sangre. Pero mi caso sirve también para demostrar al Dr. González el craso error en que estaba al creer que el escalofrío era indispensable para demostrar la existencia de una infección general, pues aquí ha habido infección general indudable y el escalofrío ha pasado desapercibido ó, lo que es lo mismo, no ha existido. Además, prueba de la poca importancia de este fenómeno subjetivo es el hecho de que autores como Morax, Demaria y otros ni siquiera lo mencionan en sus descripciones, porque en realidad el valor diagnóstico que su ausencia representa es nulo, sobre todo cuando existen síndromes de infección general.

Respecto á la suposición de que los microorganismos pudieran hallarse ocultos entre los folículos linfáticos de la mucosa hipertrofiada y no encontrarse en la secreción, tam-

SIL-AL

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

poco reza con nuestro caso, por muchísimas razones que podría exponer, pero para abreviar el tiempo me contentaré con una decisiva, y es que, en ésta, como en todas las formas endógenas, no había hipertrofia papilar ni folicular de ningún género, sino que, como ya he dicho al exponer el caso, la conjuntiva era lisa y brillante de modo que los gérmenes no tenían que ocultarse (esto aceptando sólo por el momento la hipótesis del Dr. González que á mí me parece algo fantástica).

La causa de que en ciertas blenorragias conjuntivales del tipo corriente no se hallen los gérmenes en la secreción en determinados períodos de su evolución no depende como cree el Dr. González de que los gonococos queden ocultos entre los folículos, sino que es una consecuencia del tratamiento á que están sometidos dichos casos y que producen el aniquilamiento de todos los gérmenes superficiales, aunque mástarde aparezcan otros que provienen de la proliferación de los situados más profundamente, y esto explica los resultados alternativamente negativos y positivos que puede dar el examen de la secreción en las formas corrientes. Pero esto no ocurre *nunca* en los casos no tratados como el nuestro, en los que, cuando son de contagio, sean leves, sean graves, se encuentra *siempre* el gonococo en la abundancia suficiente para poder ser comprobado en cualquier *frotis* hecho con la secreción.

Y con esto creo pueden quedar sobradamente desvanecidas las dudas del Dr. González, el cual, por otra parte, con una sinceridad que le honra, ya había dicho á pesar de ellas que creía en el origen metastásico del caso que me ha hecho el honor de discutir.

El Dr. García Mansilla que me ha dispensado también el honor de intervenir en la discusión de esta observación clínica, se inclina á creer asimismo que es de origen metastásico, pero la única duda que expone la apoya en que, dice él, el gonococo puede faltar en los casos por contagio muy benignos. Esta afirmación en boca de una persona tan basada en asuntos de oftalmología como es el Dr. G. Mansilla nos sorprende en extremo, puesto que encierra un concepto á todas luces erróneo. En efecto, si nosotros sabemos que existen conjuntivitis gonocócicas de forma leve benigna es precisamente y únicamente porque en ellas se encuentra el gonococo. En una conjuntivitis benigna aunque asiente en un blenorragico de la uretra, si el microscopio no demuestra la existencia del gonococo en la secreción, estamos no solamente autorizados, sino obligados, si queremos proceder con método rigurosamente científico, á declararlo *ipso facto* de naturaleza no gonocócica, puesto que la existencia de gérmenes en la secreción es el único lazo de unión entre la forma grave y la benigna y el único que permite atribuir á las dos formas una etiología común. Por lo que toca á existir en tan poco número que no pudieran ser demostradas en la secreción tampoco podemos admitirlo por lo que sabemos de Patología general. Unas cuantas bacterias aisladas son incapaces de producir trastorno alguno, puesto que antes de que hayan proliferado ya han sido englobadas y destruidas por los fagocitos. Si penetran en suficiente número para provocar una inflamación conjuntival aunque sea benigna, ya se les puede descubrir fácilmente en cualquier *frotis* de secreción.

Pero aún hay más, y es que aunque en el caso expuesto

por mí se hubiera encontrado el germen en corta cantidad en la secreción, tampoco sería este ningún argumento contra su origen metastásico, puesto que autores tan ilustres como Morax, von Moll y otros han presentado casos en los que se halló el gonococo que por trasudación había alcanzado el saco conjuntival. De modo que existiendo este hecho no puede emplearse como argumento en contra; pero su ausencia, como en mi caso, es un argumento decisivo en favor de su origen metastásico.

El Dr. Castresana me ha también honrado ocupándose del caso en cuestión, y si bien opina que todo induce á pensar en su origen endógeno, alega sin embargo ciertas dudas nacidas de la posibilidad, según él, de que se tratara de una infección por contagio, pero de forma muy benigna. Bastaría con que yo repitiese aquí lo que acabo de refutar, las objeciones formuladas por los Dres. González y G. Mansilla, sobre todo las del último, pero es que todavía hay más que añadir en defensa del origen al endógeno de mi caso. En efecto, en el recién nacido la oftalmía gonocócica es casi siempre bilateral, pues el contagio se hace simultáneamente en los dos ojos al atravesar la cabeza del feto la hilera genital infectada. Pero en el adulto ocurre lo contrario, y es que generalmente es unilateral que sólo en sujetos muy sucios y descuidados llega á ser bilateral, y aun entonces transcurren de ordinario algunos días entre la infección del primero y la del congénere y es además lo corriente que la conjuntivitis sea de intensidad desigual en los dos ojos. En nuestro caso, en cambio, tenemos que es bilateral, comenzando exactamente al mismo tiempo en los dos ojos y revistiendo en ambos la misma intensidad. Esto que es precisamente lo típico en la forma metastásica, es casi inadmisble que en la forma corriente pudieran darse reunidas un cúmulo tal de circunstancias. En nueve años que vengo dedicándome á la práctica oftalmológica, llevo vistos dos casos de conjuntivitis gonocócica metastásica y *ni uno sólo* de los de forma corriente por contagio que reuniera las condiciones que acabo de enumerar. De modo que si la conjuntivitis metastásica es rara, lo es infinitamente más (en el caso de que exista) la forma corriente que con la primera pudiera prestarse á confusión. ¿Y no sería prescindir en absoluto de la lógica el aceptar lo inaudito por no admitir lo que, sin corriente, no llega á ser excepcional? También insiste el Dr. Castresana en lo de la reacción febril, pero esto ya ha quedado debidamente refutado al contestar al Dr. González y á ello le remito.

A. FAJARDO ZAQUERO.

LOS FORENSES SUSTITUTOS

Por el Colegio Médico de Orense fué enviada al excelentísimo señor presidente del Consejo la siguiente exposición, que dice así:

«La Junta de Gobierno del Colegio oficial de Médicos de esta provincia, estimando justas y legítimas las aspiraciones de los señores médicos forenses sustitutos, sintetizadas en la Prensa profesional y en exposiciones dirigidas al Gobierno, tuvo el honor de dirigirse al Excmo. Sr. Ministro de Gracia y Justicia y también al presidente del Consejo de Ministros con fecha 10 de Junio del año corriente, en súplica de que se derogase el Real decreto de 12 de Abril de 1915 en cuan-

LA DIABETES
Y SUS 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: muest.
tras, LABORATO-
RIO PESQUI Prim
25. San Sebastián

to afecta á los médicos forenses sustitutos, toda vez, si bien se estiman necesarios sus servicios, no se define su porvenir ni debe conceder preferencia alguna para ocupar en propiedad las vacantes que ocurran del Cuerpo, ni siquiera se les asigna retribución alguna por los servicios á ellos encomendados.

En aquella época, y desempeñando V. E. la cartera de Gracia y Justicia, se ha dignado contestar á este Colegio en el sentido de que como asunto de preferente atención lo sometería á la deliberación del Consejo para la resolución definitiva: mas es lo cierto que aquel Ministerio ha fenecido sin que, tal vez por lo efímero de su existencia, haya traducido en decreto ó en ley, los justos anhelos de la clase á que nos referimos.

Al ser confiada á V. E. por S. M. la Presidencia del Consejo de Ministros, renace en la colectividad de médicos forenses sustitutos la esperanza de obtener el logro de sus aspiraciones sintetizadas en artículos de la Prensa profesional, en exposiciones dirigidas al Gobierno, y en la petición magistralmente formulada en la alta Cámara por el ilustre senador por Salamanca D. Jesús Sánchez y Sánchez.

Llegado este momento, y ya que á este Colegio provincial pertenece la honra de habérselo iniciado como colectividad en la campaña pro-médicos forenses sustitutos, se cree en el deber de reproducir ante V. E. cuanto tiene solicitado anteriormente y en concreto pedir se modifique el Real decreto de 12 de Abril de 1915 en la forma siguiente:

Primero. Se reconoce á los médicos forenses sustitutos, ya sean los nombrados por Real orden, anterior al Real decreto de 12 de Abril de 1915, ya sean con fecha posterior, el derecho á concursar las plazas vacantes ocurridas en médicos forenses propietarios, y con preferencia aquellas en que venían sirviendo como sustitutos, sea cualquiera su categoría por orden de rigurosa antigüedad, asignándose á este turno el 50 por 100 de plazas vacantes.

Segundo. El resto de vacantes será cubierto con arreglo á las disposiciones establecidas en el citado Real decreto de 12 de Abril de 1915.

Es gracia que esperan alcanzar de la benevolencia y rectitud de V. E.

Orense, Diciembre 13 de 1918. — Excmo. Señor. — El presidente, *Segundo Feijóo*. — Los vocales: *Heriberto Sabucedo, José María Rivera, Jesús Taboada, Manuel Bouzo, Francisco José Rionegro*, secretario.

LA OBCECACION DE UN ALCALDE

Señor director de EL SIGLO MÉDICO.

Muy señor mío y amigo: Sin más título que el de suscriptor del periódico, le agradeceré publique en él el siguiente suelto:

«En Tejado de Béjar (Salamanca) hay un alcalde que dice que aunque el Gobierno en pleno le mande cumplir la ley de Sanidad, que él no la cumple, como lo está haciendo ya, porque lleva seis ó siete oficios del gobernador de Salamanca en los que se le ordena que nombre un médico titular del pueblo, al único solicitante que hay con derecho á la plaza, y se llama andana.

Llamamos la atención del excelentísimo señor ministro de la Gobernación sobre hecho tan inaudito, pues el asunto lleva ya medio año sin resolverse.»

Sin más de particular que comunicarle, se despide de usted, su afectísimo amigo, s. s. q. e. s. m.,

TIBURCIO JIMÉNEZ DE LA FLOR.

Sección oficial.

Inspección general de Sanidad.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 29 del Reglamento de baños y aguas minero-medicinales de 12 de Mayo de 1874 para la provisión por concurso de las plazas vacantes de médicos-directores, he tenido por conveniente disponer que se anuncie el concurso para cubrir dichas plazas entre los médicos-directores del Cuerpo de baños, conforme á las reglas siguientes:

1.ª El concurso se celebrará en el salón de sesiones del Real Consejo de Sanidad el día 12 de Marzo próximo, á las once de la mañana.

Los interesados que deseen variar de destino ó se hallen obligados á ello por ser incompatible, según las Reales órdenes de 14 de Marzo y 26 de Abril de 1887, con el que actualmente desempeñan, podrán solicitarlo hasta el 10 de Marzo próximo ó acudir al acto personalmente ó por medio de representación con poder en forma legal.

2.ª Quedan anulados desde esta fecha todos los nombramientos de médicos-directores interinos y los de los habilitados cuyos contratos han sido denunciados en el plazo legal.

3.ª Las plazas vacantes y las que vayan hasta el día del concurso, con arreglo á la precitada Real orden y las que en el acto de su celebración vayan resultando, podrán pedir las referidos médicos-directores del Cuerpo, por riguroso orden de antigüedad, siendo adjudicadas al formularse las peticiones, y entendiéndose que cuando el interesado deje pasar su número sin pedir plaza, perderá el derecho á solicitarlo hasta que vuelva á corresponderle nuevo turno.

4.ª No podrán tomar parte en el concurso los médicos de baños que llevándolos más de cinco años en la dirección de un mismo Establecimiento balneario, no hayan cumplido con las obligaciones preceptuadas en el art. 57 del Reglamento y especialmente en su regla 10.ª

5.ª Terminado el primer turno, se procederá á un segundo y último, entre los referidos médicos-directores.

6.ª Las vacantes que queden del concurso y las que ocurran con posterioridad, se proveerán con arreglo á la Instrucción general de Sanidad, capítulo 13, y Real orden de 25 de Febrero de 1916.

7.ª Los poderes se admitirán hasta el 10 de Marzo próximo, á la una de la tarde, en el Negociado correspondiente; entendiéndose que todo el que se presente después de esta fecha y hora no surtirá efecto alguno en el acto del concurso.

8.ª En el concurso se tendrán en cuenta las prescripciones de las Reales órdenes de 10 de Marzo de 1909 y 26 de Febrero de 1902.

Madrid 7 de Febrero de 1919. — El Inspector general, P. A. — El Subinspector general, Tello. (Gaceta 8 Febrero.)

Establecimientos balnearios á que se refiere el anuncio anterior:

Alfaro (Almería); Alicun (Granada); Almeida (Zamora); Alhama (Murcia); Arechavaleta (Guipúzcoa); Arlazón (Burgos); Arro (Huesca); Ataun (Guipúzcoa); Alcarraz (Lérida); Alhama (Almería); Benimarfull (Valencia); Bouzas (Zamora); Brak (Cádiz); Burlada (Navarra); Busot (Alicante); Burjasot (Valencia); Caldas de Bohi (Lérida); Caldas (Orense); Carbajo (Coruña); Caldas de Estrach y Titus (Barcelona); Cabreiroa (Orense); Cucho (Burgos); Caldas de Reyes «Dávila» (Pontevedra); Cofrentes (Valencia); Corconte (Burgos); Calzadilla del Campo (Salamanca); Echano (Vizcaya); Estadilla (Huesca); Elejabitia (Vizcaya); El Molar (Madrid); Frailes (Jaén); Fuente Alamo (Jaén); Fuente Nueva de Verín (Orense); Fuensanta de Gayangos (Burgos); Fuente Apestosa (Albacete); Fuente Amarga (Cádiz); Gizonza (Cádiz); Gaviria (Guipúzcoa); Grávalos (Logroño); Guardias Viejas (Alme-

PEÑACASTILLO

Sanatorio para enfermos de aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso. Cocina dietética.—10 hectáreas de jardín y parque.—Instalación de lujo á la vez que higiénica.—Director: Dr. MORALES.—Santander.

ría; Guesala (Vizcaya); Hervideros del Emperador (Ciudad Real); Hervideros de Fuensanta (Ciudad Real); Jaraba (Zaragoza); La Alameda (Madrid); La Cañiza (Pontevedra); La Garriga (Barcelona); La Malaba (Granada); La Ribera (Jaén); La Herreria (Badajoz); La Maravilla «Loeches» (Madrid); Lucainena (Almería); Molinell (Valencia); Montejo de Cebas (Burgos); Mourente y las Aceñas (Pontevedra); Monasterio de Pietra (Zaragoza); Montanejos (Castellón); Navalpino (Ciudad Real); Nuestra Señora de Avella (Castellón); Nuestra Señora de las Mercedes (Gerona); Nuestra Señora del Carmen (Valencia); Nuestra Señora de Orito (Alicante); Paterna (Cádiz); Ponferrada (León); Prelo (Oviedo); Pueblo Nuevo del Mar (Valencia); Puenteansa (Santander); Puente Caldelas (Pontevedra); Pozo Amargo (Sevilla); Partovia (Orense); Quinto (Zaragoza); Riba de los Baños (Logroño); Sacedón «La Isabela» (Guadalajara); Salvatierra de los Barros «El Moral» (Badajoz); Salvatierra de los Barros «El Chareón» (Badajoz); Salinas de Rossio (Burgos); Salinetas de Novelda (Alicante); Salinillas de Buradón (Alava); San Andrés de Tona (Barcelona); San Juan de Azcoitia (Guipúzcoa); San José (Albacete); Santo Tomás (Valencia); Santa Coloma de Farnés (Gerona); San Vicente (Lérida); Segura (Teruel); Sierra Alhamilla (Almería); Solán de Cabras (Cuenca); San Telmo (Cádiz); Santa Ana (Valencia); Traveseres (Lérida); Tortosa (Tarragona); Trillo «Carlos III» (Guadalajara); Villavieja de Nules (Castellón); Valdelateja (Burgos); Valle de Ribas (Gerona); Villaharta (Córdoba); Vilo ó Rosas (Málaga); Val (Pontevedra); Yémeda (Cuenca).

Escalafón de los Médicos Directores de Establecimientos de Aguas Minero-medicinales.

- 1 D. J. Eduardo Gurrucharri.
- 2 D. Amalio Gimeno y Cabañas.
- 3 D. Eduardo Palomares y Núñez.
- 4 D. Enrique Doz y Gómez.
- 5 D. Juan B. Horques Fernández.
- 6 D. Agustín Lacort y Ruiz.
- 7 D. Francisco Chinchilla.
- 8 D. Manuel Morales y Gutiérrez.
- 9 D. Clodomiro Andrés y Miguel.
- 10 D. Eduardo Menéndez Tejo.
- 11 D. César García Teresa.
- 12 D. Manuel Manzaneque y Montes.
- 13 D. Cipriano Alonso y Díaz.
- 14 D. Anselmo Bonilla y Franco.
- 15 D. Benito Avilés y Merino.
- 16 D. José del Pino y Cueva.
- 17 D. Ramón Llord y Gueba.
- 18 D. Nicolás Pérez Jiménez.
- 19 D. Manuel Martí y Sanchis.
- 20 D. Francisco Ledó y García.
- 21 D. Hipólito Rodríguez Bartolomé.
- 22 D. Celestino Compaired y Cabodevilla.
- 23 D. Domingo Fernández Campa.
- 24 D. Felipe Isla y Gómez.
- 25 D. Mariano Fernández y Rodríguez.
- 26 D. Dionisio Juste y Garcés.
- 27 D. Miguel Gómez Camaleño.
- 28 D. Angel Nieto y Méndez.
- 29 D. Ramón Amigo y Brey.
- 30 D. Carlos Mangano y Terrón.
- 31 D. Cándido Peña Gallegos.
- 32 D. Joaquín M.^a Aleixandre y Aparici.
- 33 D. Enrique Pratosi y Martínez.
- 34 D. José Barrientos y Jaramillo.
- 35 D. Leoncio Bellido y Díaz.
- 36 D. Aquilino Reyes Escribano.
- 37 D. Benito Minagorre y Cuvero.
- 38 D. José Morales y Moreno.
- 39 D. Ramón Gelada y Aguilera.
- 40 D. Ciriaco Giner y Giner.
- 41 D. Mariano Monserrate Abad.

- 42 D. Juan López y González.
- 43 D. Manuel Martínez Ealo.
- 44 D. Wenceslao F. de la Vega.
- 45 D. Sixto Botella y Donoso Cortés.
- 46 D. Francisco de B. Aguilar.
- 47 D. Miguel Peña y López.
- 48 D. Julián Adame y García.
- 49 D. Camilo Pintos y Reino.
- 50 D. Rafael Fraile y Herrera.
- 51 D. Rosendo Castell y Ballespi.
- 52 D. Cándido Vallés y Coch.
- 53 D. Aurelio García Gavilán.
- 54 D. José Folla y Núñez.
- 55 D. Arturo Daza de Campos.

El Inspector general, P. A.—El subinspector general, Tello.

MONTEPIÓ FACULTATIVO.

SECRETARÍA GENERAL

ANUNCIO DE PENSIÓN

D.^a Amalia Abril y Gil, viuda del socio D. Mariano Herberos, solicita pensión de viudedad.

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

Madrid 8 de Febrero de 1919.—El secretario general, Marín.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,6; mínima, 701,6; temperatura máxima, 9,5; id. mínima, — 4,3; vientos dominantes SE., NE. NNE. E.

Las laringitis catarrales y las bronquitis de igual índole han sido los afectos agudos que más han dominado, especialmente en los niños, en la última semana. Siguen presentándose bronconeumonías graves, congestiones cerebrales y reumatismos articulares.

La viruela continúa disminuyendo.

Crónicas.

Variación transitoria.— Como advertirán nuestros lectores, en este número, con objeto de rendir homenaje á Francisco Javier Balmis en el primer centenario de su muerte, hemos dado diferente distribución al contenido de nuestro periódico, que desde el número próximo volverá á adoptar la forma acostumbrada.

La Diputación y el Dr. Huertas.— Nuestro querido amigo el ilustre Dr. D. Francisco Huertas acaba de ser objeto de un merecido homenaje por parte de la Diputación provincial de Madrid, con motivo de su cese en el cargo facultativo de la Beneficencia provincial que desde hace mucho tiempo venía desempeñando. Este homenaje ha consistido en el acuerdo tomado por la mencionada Corporación de nombrar al sabio doctor médico honorario de la Beneficencia provincial.

Tan excepcional y justa distinción ha sido debida á la propuesta del diputado y médico D. Toribio Fernández Morales y fué acordada por unanimidad.

Ya sabe el ilustre compañero con cuánta sinceridad y entusiasmo se une EL SIGLO MEDICO á todas las manifestaciones en que se reconocen y premian sus envidiables dotes.

A la memoria del Dr. Jaime Vera.— Se ha verificado en el cementerio civil el acto del descubrimiento de la lápida que la Asociación de señoras Fraternidad Cívica, con el concurso de la Sociedad de Obreros Marmolistas, ha dedicado

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

para indicar el lugar donde provisionalmente reposan los restos del Dr. Jaime Vera.

Al acto concurrieron numerosas representaciones de Fraternidad Cívica, de la Escuela Nueva, de las agrupaciones socialistas, de la Juventud Republicana Federal y de amigos y admiradores del sabio médico.

La presidenta de la mencionada Asociación de señoras, doña Rosario Meca, viuda de Maher, leyó unas cuartillas exponiendo en términos sencillos la significación de aquel modesto homenaje, procediendo en seguida al descubrimiento de la lápida. A continuación, doña Otilia Solera, secretaria de Fraternidad Cívica; el Sr. Ovejero, en representación de la Agrupación Socialista Madrileña; el Sr. Núñez Arenas, en nombre de la Escuela Nueva; el Sr. Anguiano, diputado socialista, y el Sr. D. José María González, presidente de la Juventud Republicana Federal, pronunciaron discursos muy sentidos, ensalzando desde diversos puntos de vista la personalidad del Dr. Jaime Vera y sus relevantes méritos como hombre de ciencia, como apóstol del socialismo y, sobre todo, como hombre bueno dotado de un gran corazón abierto a todas las generosidades.

D. Vicente Vera manifestó su profundo agradecimiento hacia cuantos habían contribuido a realizar aquel cariñoso recuerdo a la memoria de su inolvidable hermano.

Las señoras de Fraternidad Cívica adornaron con flores y coronas de laurel la tumba del ilustre sabio, terminando con esto la sencilla, respetuosa y emocionante ceremonia.

Consultas públicas.—El Real Dispensario Antituberculoso «Victoria Eugenia», de Madrid (Tutor, 36), ha realizado durante el pasado mes de Enero 992 asistencias, admitiendo a 86 enfermos de nuevo ingreso y rechazando a 208 por no ser tuberculosos ni pobres.

Se han aplicado 1.214 inyecciones hipodérmicas de tuberculinas Beranek, de yodo-radil y de suero antituberculoso S. A. T.

Han sido suministrados 9 corsés ortopédicos y pagados los medicamentos a los enfermos más necesitados.

Por la bondadosa señora presidenta del ropero de Santa Rita de Casia, D.^a Consuelo Avalos de Espina, se ha socorrido a varios enfermos con prendas de vestir, calzado, muletas, cochecitos de mano y camas completas; además a algunos de los pobres que se hallan imposibilitados para el trabajo les paga la habitación, y algunos niños que se quedan huérfanos se encarga de pagarles sus estancias en Asilos donde reciben una educación esmerada, cuidando por su salud, y entre los tuberculosos más necesitados han sido distribuidos algunos donativos en metálico por los señores profesores del Dispensario.

—En la consulta de oftalmología establecida en la Casa de Socorro del distrito del Hospicio (Augusto Figueroa 43), bajo la dirección del Dr. Alexandre, se han prestado durante el mes de Enero último los siguientes servicios:

Enfermos asistidos, 87; operaciones, 3; reconocimientos oftalmoscópicos, 10; corrección de la agudeza visual, con lentes, 7; asistencias, 489.

A esta consulta pueden concurrir cuantos enfermos pobres lo deseen, los martes, jueves y sábados, de nueve a diez de la mañana.

—En la consulta y clínica de medicina y cirugía infantil de la quinta Comisión de la Cruz Roja (Duque de Alba, 9), a cargo del Dr. Garrido Lestaché, se han prestado en el mes de Enero 186 servicios.

La consulta está abierta gratuitamente a los pobres los lunes, miércoles y viernes, a las cinco en punto de la tarde.

El Instituto Español de Ortopedia Abdominal, fundado y dirigido por el ortopédico especialista D. Pedro Ramón, establecido en Barcelona, calle del Carmen, núm. 38, primero, al mejor servicio de aquellos clientes de los señores médicos de Madrid y de toda la Nación que lo necesiten durante el corriente año, ha establecido también despacho en Madrid, calle Arrieta, núm. 11, entresuelo, a cargo del cirujano herniólogo D. Juan Ramón. Nuestros lectores se servirán tenerlo presente para aquellos casos que crean de utilidad la ortopedia abdominal, especial para cada caso particular y cuyos enfermos les sea más cómodo personarse en el despacho de Madrid que en el de Barcelona.

Estadística de vacunaciones.—Mes de Enero de 1919: Instituto de Alfonso XIII, 9.796.

Instituto del Dr. Llorente, 5.000.

Otros Institutos particulares productores de linfa, 4.000.

Vacunaciones hechas con linfa extranjera y nacional, de diversa procedencia, 10.000.

Vacunaciones hechas en las Casas de Socorro municipales practicadas con vacuna preparada en el Laboratorio municipal, 17.681.

Servicio del Laboratorio municipal a domicilio y en sus centros, 25.954.

Vacuna entregada por el Laboratorio municipal a médicos particulares, sociedades y vecindario, dosis cada una para tres escarificaciones, 34.710.

Suman las personas vacunadas en su inmensa mayoría a partir del 10 de Enero, 107.141.

Desde el día 1 al 3 de Febrero, el Laboratorio municipal ha vacunado 5.987 personas y ha facilitado vacuna para 39.041.

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

Aplicaciones de la Radiografía en Urología.—Dos casos de reflujo vesico-renal y dilatación permanente de los uréteres, por el Dr. Isidro Sánchez-Covisa.

—*Sobre el tratamiento de los tumores vesicales con motivo de algunos casos clínicos*, por el Dr. Isidro Sánchez-Covisa.

—*La Fenolsulfonftaleína como reactivo de la actividad funcional de los riñones*, por el Dr. Isidro Sánchez-Covisa.

—*Etudes Cliniques sur la Tuberculose*, por el Dr. Emile Sergent.

—*La Pratique des maladies de l'estomac*, por L. Pron, ambas de la Casa A. Maloine et Fils, París.

—*Revista Médica del Uruguay*, publicación mensual, órgano oficial de la Sociedad de Medicina de Montevideo.

He aquí el sumario de esta importante revista médica uruguaya (núm. 12, Diciembre de 1918, tomo XXI, año XXI):

Un caso de eritema polimorfo.—Brito Foresti (J.).

Una nueva variedad de angina séptica.—Morelli.

El haptinógeno neumógeno Méndez.—Piriz Aréchaga.

Sifilides pápulo-escamosas generalizadas muy confluentes.—Vignale.

Sociedades Médicas del Uruguay.

Sociedad de Medicina.

Sociedad de Pediatría.

Análisis y extractos (Sobre la gripe).

Anexos.

Administración del periódico: 1.424, calle Río Branco, Montevideo, Uruguay (América del Sur).

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



Mostelle Raimost
vino sin alcohol

Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, tifus gástricas. A. J. y S. ESCOFET, Tarragona.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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

¿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.