

# 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 De la Beneficencia Municipal de Madrid. <b>J. DE AZÚA</b> Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios. <b>L. GARDENAL</b> Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa. <b>V. CORTEZO</b> Profesor del Instituto Alfonso XIII. <b>L. ELIZAGARAY</b> Médico del Hospital General de Madrid. <b>A. FERNÁNDEZ</b> Alumno de Medicina. <b>M. GAYARRE</b> Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL <b>A. GARCÍA TAPIA</b> Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina. <b>J. GÓMEZ OCAÑA</b> Catedrático, Senador, Académico de la Real Nacional de Medicina. <b>GONZÁLEZ AGUILAR</b> Director-Médico del Instituto Cervantes. <b>J. GOYANES</b> Cirujano del Hospital General de Madrid. <b>B. HERNÁNDEZ BRIZ</b> Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz. <b>T. HERNANDO</b> Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ <b>J. MADINAVEITIA</b> Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina. <b>G. MARAÑÓN</b> Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina. <b>A. MEDINA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII. <b>B. NAVARRO CÁNOVAS</b> Profesor de Radiología del Hospital Militar. <b>J. ORTIZ DE LA TORRE</b> Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.	<b>S. PASCUAL Y RÍOS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense. <b>A. PULIDO MARTÍN</b> Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias. <b>P. DEL RÍO HORTEGA</b> Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas. <b>G. RODRÍGUEZ LAFORA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington. <b>F. TELLO</b> Sub-Inspector General de Sanidad <b>L. URRUTIA</b> Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
---	---	---	---

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

**SUMARIO:** Sección científica: Cuestiones médico-legales sobre la pulmonía traumática, por Salvador Pascual.—Los alcalinos en el tratamiento de la morfomanía, por el Dr. César Juarros.—Concepto de la pretuberculosis, por D. Bernardo Gil y Ortega.—Introducción al estudio de la operatoria quirúrgica, por el Dr. D. José Goyanes Capdevila.—Cosas del siglo pasado: La protesta de los titulares.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Dacio Carlán.—¿Caso de conciencia?, por J. Francos Rodríguez.—La oftalmología durante la guerra.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesáreo.—Sociedad Española de Higiene.—Protección médica.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

### CUESTIONES MEDICO-LEGALES SOBRE LA PULMONIA TRAUMÁTICA

POR  
SALVADOR PASCUAL  
Médico forense de Madrid.

El Cuerpo médico forense de Madrid, por su función de Cuerpo consultivo, es requerido como tal en muchas ocasiones para emitir informe acerca de diversos asuntos que se le remiten de los diferentes Juzgados del resto de la península.

Al exhorto del Juzgado de instrucción que pide dicho informe, acompañan todas las pruebas que crean pertinentes para el esclarecimiento del hecho, restos de vísceras en unos casos, substancias sospechosas en otros, declaraciones é informes prestados por los médicos, etcétera.

Siendo extraordinariamente variadas como se comprende las piezas que pueden acompañar al exhorto no nos entretendremos en enumerarlas. Y refiriéndonos al caso que nos ocupa, diremos lo que se nos pedía concretamente y los datos que se nos facilitaban para llevar á cabo la labor.

\*\*

Se nos pedía que determinásemos si «la muerte de J. P. M. fué ó no consecuencia de la herida que le fué inferida el día 26 de Noviembre». Y se nos remitían los

siguientes testimonios: las declaraciones y los partes facultativos de los compañeros que habían asistido al herido y el informe de autopsia de los mismos médicos.

Resumiendo nosotros dichos datos para publicarlos, podemos decir: Un individuo recibe una herida *incisopunzante no penetrante* en la parte antero-inferior del lado izquierdo del tórax, herida que es reconocida por los médicos, los cuales manifiestan que dicha herida es reciente, que no está infectada, y que es *leve*, pudiendo curar antes de los quince días, de no sobrevenir complicaciones. Dicha herida la recibió el J. P. M. en riña el día 27 de Noviembre.

Siete días después, el 4 de Diciembre, el herido presenta fiebre y el apósito de curación fuertemente impregnado de pus sanguinolento; dolores al nivel de la lesión. Hay, pues, infección de la herida.

El 5 del mismo mes siguen más acentuados los signos de infección, han aumentado los dolores y el estado del herido es grave.

El 8, ó sea once días después del primer reconocimiento de los médicos y cuatro de aparecer la infección de la herida, hallan dichos compañeros nuestros al herido con síntomas característicos de bronconeumonía doble y estado general muy grave.

El día 9 de Diciembre muere el lesionado.

De modo que desde la primera declaración (27 de Noviembre) al fallecimiento (9 de Diciembre) han transcurrido doce días.

Con estos datos, y para contestar cumplidamente á

la pregunta que se nos ha formulado, hemos de tratar de aclarar *la relación entre el traumatismo y la muerte; si ésta fué debida á aquél, y la influencia que la infección de la herida haya tenido en este proceso.*

Evidentemente, la herida descrita por los médicos en su primera declaración era leve, y debió curar dentro de los primeros quince días, y si no lo hizo fué porque en ella apareció y se desarrolló una infección, cuyas causas posibles ahora analizaremos. Esta herida, en la disección que los médicos hicieron de ella en el momento de la autopsia, vieron que tenía un trayecto hacia arriba, atrás y afuera, interesando la piel y el tejido celular subcutáneo en un trayecto como de ocho centímetros de longitud. Si recordamos que en la descripción que hacen de dicha herida en su primera declaración (antes de la infección) y después en el momento de la autopsia (hábito exterior), antes de hacer disección, le asignan tres centímetros de extensión, podemos suponer, sin temor á equivocarnos, que el instrumento vulnerante penetró poco en el sentido de la pared del tórax, pero se labró un trayecto de alguna consideración por debajo de los tejidos blandos. Esto explica que la herida no fuese penetrante y, además, otro hecho de muchísima importancia, á saber: el desarrollo de una infección tan brutal á ese nivel. La herida no estaba en todo su trayecto al aire; había una parte de ella que no comunicaba con el exterior sino por el pequeño ojal de la piel (tres centímetros). Y es sabido que las infecciones se desarrollan tanto mejor y adquieren tanta más intensidad cuanto más profundas son las heridas, y pueden ponerse menos en contacto con las sustancias medicamentosas empleadas para curarlas.

¿Por qué se desarrolló la infección en esta herida, es decir, de dónde partió el agente que la produjo? El agente infectante pudo ser llevado con el arma misma; pudo ser arrastrada con ella desde los vestidos, ó pudo proceder de la misma piel del lesionado. Sabemos que normalmente tenemos en nuestros tegumentos microbios capaces de producir una infección cuando encuentran condiciones á propósito para ello. Y, finalmente, pudo la infección ser llevada allí por los mismos médicos encargados de su asistencia. Desechamos esta última hipótesis porque la cultura científica demostrada en sus declaraciones por nuestros dignos compañeros que asistieron al lesionado los pone al abrigo de toda sospecha en este sentido.

Sin embargo, al médico más concienzudo y metódico en el cuidado de sus heridos, pueden sobrevenirle accidentes infecciosos de los cuales no es él el responsable. Se deberá esto á condiciones especiales de la herida, á poca resistencia orgánica del sujeto, etc.

En este caso particular nuestro, la infección fué seguramente llevada con el arma, bien que ella misma estuviera contaminada, ó se contaminase al atravesar las ropas y piel del lesionado. Y llevados los microbios hasta el final del trayecto de la herida, hasta la porción más íntima, recubierta de tejido, aquella porción no en comunicación con el exterior, encontraron allí sangre derramada, un pequeño foco hemorrágico, terreno muy á propósito para servir de caldo de cultivo á dichos

microbios para que se desarrollara y propagara la infección.

Y herida, por otra parte, muy difícil de desinfectar, puesto que los antisépticos no podían obrar sobre todo su trayecto.

¿Se comprende por qué se desarrolló una infección tan intensa á este nivel, que hace decir á los médicos encargados de la asistencia del lesionado, que la herida tenía gran cantidad de pus sanguinolento, que sus bordes eran tomentosos y despegados y que el estado general del herido era bastante grave?

Analicemos un poco detenidamente las infecciones secundarias de las heridas en comunicación con el exterior, por el hecho de la herida misma.

La presencia de microbios en la piel del hombre sano es incontestable. Los estreptococos y estafilococos, con sus múltiples variedades, tienen en la piel sitio á propósito para desarrollarse. Koch, por ejemplo, ha encontrado sobre la piel del hombre el 90 por 100 de estafilococos en estado saprofito, y 3 á 5 por 100 con aptitudes de formar pus. Pero esto no quiere decir que sólo esa proporción de 3 á 5 por 100 sea capaz de formar colecciones purulentas, sino que hay que tener presente que bajo ciertas influencias los saprofitos ó inofensivos pueden convertirse también en patógenos.

Ahora bien, no basta la presencia de estos microgérmenes en la piel para producir infección; es necesario que se exagere su virulencia para hacerlos patógenos y que disminuya la resistencia orgánica del sujeto.

Sin entrar detenidamente en el estudio de estos factores que disminuye la resistencia orgánica, porque nos llevaría muy lejos, y circunscribiéndonos lo más posible al caso particular nuestro, hemos de decir que según se desprende de los experimentos de Schimmelpresch acerca del origen de los forúnculos, los microbios pueden incluso atacar á la piel no lesionada. Es decir, que el estafilococo que está en la piel puede, por el simple hecho de la frótación ó presiones repetidas, meterse entre las hendiduras de la piel y por los orificios de las glándulas sudoríparas, fijándose alrededor del pelo y ocasionando un proceso inflamatorio.

Luego, este proceso se generaliza y ocasiona la infección general.

Todas las bacterias pueden, además, atravesar la piel por el hecho de estos traumatismos mínimos. No hay que torturar la imaginación para darse cuenta de lo rápida y brutalmente que invadirán el organismo cuando haya una puerta de entrada grande, tal como una herida, que es precisamente el caso que nos ocupa.

La infección de las heridas por los microorganismos, dice Lozano, es paralela á la invasión de los tejidos. Hay un período de incubación durante el cual aumenta el número de gérmenes y se exalta su virulencia por las condiciones nutritivas favorables de los tejidos. El organismo, claro está, se defiende de la infección por ese mecanismo tan maravilloso de la fagocitosis, produciendo sustancias bactericidas, etc., producción de anticuerpos, en una palabra, y según que el número de gérmenes ó su virulencia superen á las defensas ó éstos á aquéllas, se constituirá ó no un proceso local más ó

menos atenuado en sus manifestaciones. Si el número de microorganismos es pequeño y su potencia nociva escasa, el organismo resiste victoriosamente mediante la producción de substancias bactericidas; pero en otras ocasiones se invierten los términos, el organismo no llega á defenderse bien, se forma el pus, y, además, absorbiéndose las bacterias y sus toxinas, se constituye la infección de todo el organismo.

De modo que es cosa fácilmente explicable que en el caso que estudiamos apareciese la infección en los días que siguieron al traumatismo, que abrieron una puerta de entrada á los gérmenes, y luego les proporcionó medio de cultivo favorable, como hemos dicho antes, para que se desarrollaran y produjeran sus efectos nocivos.

Aparte de que, como hemos dicho también, el arma pudo estar accidentalmente contaminada y ser ella la que llevara los microgérmenes al seno de los tejidos.

Arriba mencionamos la posibilidad de infección de la herida en las curas que el lesionado sufrió. Ya hemos dicho que la cultura desplegada por los médicos que asistieron al herido los pone al abrigo de toda sospecha de maniobra intempestiva ó inhábilmente conducida. Pero hemos de declarar honradamente que en algunas circunstancias, por causas que se nos escapan y que están por encima de nuestros recursos quirúrgicos, pueden las heridas supurar después de la cura más limpiamente conducida. Intervenciones practicadas en los anfiteatros de cirugía con material y ayudantes perfectamente seguros y asépticos se malogran á veces por la infección, sin que podamos explicarnos su origen, pero quedándonos la sospecha vivísima de que fueron nuestras manos la que la produjeron.

¿Qué relación hay entre esta herida infectada y la aparición de la bronconeumonía que mató á este sujeto? Los médicos peritos encargados de la asistencia y autopsia del lesionado aportan en su tercera conclusión la sospecha de que la herida haya sido el punto de partida de esta complicación.

Hay en los traumatismos torácicos, con herida ó sin ella, el peligro de ver sucumbir á los heridos en los días que siguen á su accidente, de pulmonía, á la cual se ha dado el apelativo de *pulmonía traumática*.

Aunque muchos autores antes que él habían hablado de esta infección, realmente corresponde á Litten el mérito de haber demostrado claramente el papel de la pulmonía traumática en los traumatismos torácicos. No es necesario para que se produzca esta complicación que el traumatismo haya sido violento, y menos que el agente vulnerante haya penetrado hasta la pleura ó el pulmón. Las contusiones ligeras pueden determinarla.

¿Qué condiciones se necesitan para establecer el diagnóstico médico-legal de la pulmonía traumática? Tres, que están en todos los manuales:

«1.º El traumatismo debe haberse recibido en el pecho y no en otro sitio; la pulmonía debe corresponder al lado traumatizado y ocupar ordinariamente aunque no de una manera absoluta en este pulmón un sitio correspondiente á la pared torácica traumatizada.

2.º El espacio de tiempo entre el traumatismo y la

invasión de la pulmonía es necesariamente corto; cuanto más pronto se desarrolle una pulmonía después de un traumatismo, tanto más aceptable es su origen traumático. Una pulmonía que se desarrolle más de cinco ó seis días después de un traumatismo, no se puede afirmar con seguridad que sea traumática.

3.º No hay signos distintivos entre la pulmonía ordinaria y la traumática, si no es el accidente causal.»

De modo que los autores dan un espacio de tiempo de seis ó siete días entre el traumatismo y la aparición de la pulmonía.

Los médicos encargados de la asistencia del lesionado no comprueban los síntomas de la bronconeumonía doble hasta *once días después de su primer reconocimiento, y cuatro de aparecer la infección en la herida*.

Nos interesa mucho hacer notar este hecho, no por que desvirtúe en nada la aseveración de nuestros dignos compañeros en lo que respecta á la causa de la muerte, sino para la explicación patogénica que luego desarrollaremos sobre la pulmonía causa de la muerte.

En los días intermedios entre el hecho traumático y la aparición de la pulmonía no hubo más que la explosión de la infección de la herida. No hubo esputos hemoptoicos, ni tos ni síntoma alguno de contusión pulmonar, eslabón obligado en la patogenia clásica de la pulmonía traumática entre el accidente y la pulmonía. Y decimos que no hubo nada de esto, porque los médicos que seguramente estaban ya alerta se hubiesen cuidado mucho de anotar estos síntomas en sus informes, de haberse presentado.

Y es que á nuestro juicio el mecanismo patogénico de esta pulmonía, aun reconociendo un origen traumático—herida de la pared torácica—no está directamente relacionada con el traumatismo si no es por el intermedio de la infección de la herida, es decir, que todo hace sospechar que sin infección no hubiera habido pulmonía.

En efecto, ¿cuál es la sucesión de los fenómenos patológicos en una pulmonía traumática tipo?

*Hay una contusión ó herida de la pared torácica, con herida ó sin ella de la pleura y pulmón.*

Tomando el caso de contusión pulmonar, con mucho el más simple, á nivel del foco contundido se crea un foco hemorrágico que sirve de medio de cultivo á los microbios contenidos en el pulmón ó en los bronquios. Clínicamente, hay primero los síntomas de esta contusión, dolor y hemoptisis, y á los tres, cuatro, cinco días de esto, la pulmonía hace invasión con escalofrío intenso, ó fiebre, malestar general y tos; entre la contusión y la pulmonía hay un plazo de cuarenta y ocho horas en la mayoría de los casos.

¿Ha habido esta sucesión tan clara en nuestro caso? Evidentemente no.

Sin embargo, nosotros creemos que el traumatismo torácico sufrido por el lesionado ha sido la causa de la pulmonía.

¿Cómo han pasado las cosas? Nosotros sabemos que entre los varios criterios que se pueden seguir para clasificar las pulmonías, etiológico, anatomopatológico y clínico, el anatómico las divide en dos formas: pulmo-

nias lobulares ó lobares, cuya lesión sería en focos aislados, con exudado fibrinoso y dejando indemne el sistema bronquial; y pulmonías lobulillares catarrales, bronconeumonías que tendrían exudado mocopurulento y múltiples focos inflamatorios en bronquios y parénquima pulmonar.

Las bronconeumonías (2.º grupo) responsable de la muerte de nuestro lesionado por haber encontrado en a autopsia las lesiones propias de esta afección en su primer período, reconocen una multiplicidad grande de gérmenes causales capaces de producirle. Por de contado el diplococus—neumonía de Fraenkel-Talamon—el bacilo neumonía de Friedlaender; los propios de ciertas infecciones generales específicas, como la fiebre tifoidea, la difteria, el carbunco, etc., y otra porción de gérmenes no específicos como el estreptococo, el estafilococo, el proteüs, etc.; es decir, microbios que hemos visto existen normalmente en la piel del hombre y que por condiciones especiales de disminución de la resistencia orgánica ó por exaltación de su virulencia provocan los más graves trastornos. Ya hemos tratado antes de demostrar que estos microbios fueron los causantes de la infección local.

Pues siguiendo aquel razonamiento, estos mismos microbios que provocaron la infección local en los tejidos blandos de la pared del tórax, fueron los que penetraron dentro del tórax en la pleura y el pulmón á través de las anastomosis vasculares arteriales que en todas las anatomías se describen (véase Testut) entre los vasos parietales y los de la pleura.

Pudo producirse primero un foco pulmonar sin especificidad alguna y, sobre él injertarse más tarde el foco neumónico que inmediatamente se propagó al otro pulmón. De esta invasión tan brusca y tan brutal tuvo poca culpa el estado de debilitación tan acentuada del herido por el hecho de su infección piógena. Se dieron desgraciadamente las condiciones más favorables para que la infección fuera todo lo rápida y brutal que fué. Gran cantidad de gérmenes, excelente medio de cultivo, camino amplio hacia pleura y pulmón, y pocas resistencias orgánicas.

Es decir, herida, infección de ella, y cuatro días después de estallar el proceso séptico, bronconeumonía, todo unido y eslabonado como formando parte de un todo.

Aún cabría otro mecanismo, á saber: la infección local del pulmón ha creado á su nivel un foco de menor resistencia, en donde han colonizado los microbios que hubiera en las vías respiratorias. Pero nos parece más acertado á la realidad en el caso presente el mecanismo directo que hemos invocado. Tanto en uno como en otro caso el punto de partida sería siempre la herida.

De todo lo cual concluimos.

- 1.º Que la herida que sufrió J. P. M. era leve.
- 2.º Que á su nivel, y por un mecanismo que podemos sospechar, pero no afirmar con exactitud, se produjo una infección.
- 3.º Que dicha infección, propagándose al tejido pulmonar, produjo las lesiones de bronconeumonía doble,

causantes de la muerte por su determinación cardíaca.

4.º Que entre la herida y el episodio mortal hay la relación de causa á efecto.

5.º y último. Que creemos firmemente que de no haberse producido la infección de la herida, el lesionado no hubiera fallecido, y aún más, que hubiera curado dentro de los quince primeros días.

## LOS ALCALINOS EN EL TRATAMIENTO DE LA MORFINOMANÍA

POR EL

DR. CÉSAR JUARROS

Profesor de Psiquiatría del Instituto Español criminológico,  
Comandante-médico.

Aumenta de día en día en España la morfinomanía y su tratamiento tropieza con grandes dificultades, debidas en una parte á la carencia de sanatorios adecuados y en no menor á la nube de prejuicios en que envulgo y los eruditos á la violeta envuelven estas cuestiones, dificultando la implantación de normas eficaces.

Todo plan que no sea á base de reeducación de la voluntad, de su reconquista, plan condenado á éxitos efímeros, son ya varios los morfinómanos tratados por mí desmorfinizados antes en sanatorios y vueltos luego al hábito fatal.

Yo utilizo, corrientemente, un método rápido, pero no brusco de desmorfinización. Estos métodos tienen numerosos enemigos, porque resultan largos, complicados y exigen intervención muy personal por parte del médico.

Seduce más la idea de privar al enfermo de su hábito bruscamente, tirando por la ventana jeringuillas y ampollas.

Sin embargo, el sistema opuesto, el por mí preferido, da resultados más positivos, más duraderos, más consolidados.

No he de insistir ahora sobre ello, puesto que tengo en preparación y pronto daré á la publicidad un trabajo resumen de mi experiencia en esta materia. Hoy me limitaré á llamar la atención sobre lo poco que los médicos españoles utilizan los alcalinos como coadyuvantes en el tratamiento del hábito de la morfina.

El uso de tal remedio no tiene nada de nuevo. Cuenta con glorioso abolengo práctico y numerosos defensores. Erlenmeyer ha basado en él su ya casi olvidado procedimiento de *desmorfinización química*. Lo raro es aquí el abandono en que este empleo de los alcalinos es tenido por los prácticos españoles.

Quizá haya influido en tan extraña actitud la necesidad de oponer una reacción á las exageraciones optimistas de algunos tratadistas. Acaso el pesimismo no menos infundado de quienes, como Clifford Allbutt, niegan á los alcalinos toda beligerancia.

Sea de ello lo que quiera, creo interesante basándome en el resultado de mi experiencia, llamar la atención sobre este hecho.

Lo primero para no sentirse defraudados es no pedir á los alcalinos más de lo que pueden dar. Sería ri-

dícilo sostener que estos medicamentos pueden obrar por sí solos el milagro de la desmorfinización.

Lo único á que se puede aspirar es á una mayor facilidad; á que al enfermo le resulte menos molesta y más tolerable la disminución de las dosis.

En este caso los resultados de mi experiencia no dejan lugar á dudas. El morfinómano al cual se le administran alcalinos, conforme luego diremos, prescinde más fácilmente de su hábito morboso.

La razón parece estar en la hiperacidez que según el Dr. Haig, Oscar Jennings y otros autores, se encuentra en el organismo de los esclavos de la morfina. Esta hiperacidez parece aumentar al empezar á disminuir la cantidad de alcaloide inyectado y en relación directa con esta disminución.

Pueden emplearse tres modos de administración: agua de Vichy en bebida, agua de Vichy en inyecciones, y suero bicarbonatado en inyecciones.

En el primer caso há de beberse, por lo menos, una botella diaria, llegando al máximo que pueda tolerar el enfermo, *sin molestias*.

Yo prefiero las inyecciones hipodérmicas, tomando las precauciones de rigor en asepsia, etc., y empezando por inyecciones de un gramo, para ir subiendo progresivamente hasta llegar á los 100 gramos. El enfermo siente una molestia local mejor ó peor tolerada según los sujetos y su psicología. A la media hora de hecha la inyección se observa un estado pasajero de depresión.

Cuando hay dificultades para utilizar el agua de Vichy, *siendo el preferible el manantial Grand-Grille*, puede recurrirse, como yo he hecho en varios casos, á una disolución de bicarbonato sódico al 4 por 1.000 en suero fisiológico isotonzado.

Estas inyecciones algo dolorosas no todos los enfermos las soportan, por lo cual es preciso contentarse con la vía gástrica.

Como se vé, la técnica no tiene nada de difícil ni esotérico, y conformándose á no esperar de los alcalinos otros resultados que hacer más llevadera la desmorfinización nadie tendrá sino motivos de satisfacción por haber recurrido á ellos.

Lo interesante es no obstinarse en ver en el agua de Vichy un tratamiento del hábito de la morfina.

Con esta limitación yo puedo suscribir en un todo según mi experiencia los elogios que de este sistema hizo hace ya un puñado de años el Dr. Oscar Jennings.

No hay, pues, motivo que justifique el desuso en que los médicos españoles tienen á los alcalinos como tratamiento coadyuvante de toda desmorfinización.

## CONCEPTO DE LA PRETUBERCULOSIS <sup>(1)</sup>

POR

D. BERNARDO GIL Y ORTEGA

Llegadas las vacaciones de verano se marchó á su pueblo natal en la provincia de Zamora, y todos sus paisanos y conocidos pudieron apreciar el enflaquecimiento por él sufrido, á pesar de lo que, y con gran sen-

timiento por parte de sus padres, ni solicitó ni admitió asistencia facultativa, negándose á todo reconocimiento y siguiendo una vida de desordenado ejercicio, tanto más pernicioso para él, cuanto que ya había perdido el apetito y su alimentación era deficientísima.

En espera de mejoría y por su propia cuenta, marchó con la familia á una casa de campo en las inmediaciones del Duero, y allí el malestar y la falta de fuerzas débieron ir en aumento, á la vez que seguía enflaqueciendo á ojos vistas, puesto que en quince días perdió 3 1/2 kilos de peso. A pesar de todo seguía montando diariamente y á veces por muchas horas á caballo con motivo de la caza de galgos, hiciera el tiempo que quisiera, volviendo siempre en las condiciones deplorables y de agotamiento que era de esperar.

Vuelto al pueblo, no desistió de sus ejercicios de caza á caballo, aun en días de lluvia y de vendabal, hasta que la falta casi absoluta de fuerzas y una inapetencia poco menos que invencible le obligaron á solicitar nuestra asistencia.

En el lecho adoptaba con facilidad y sin inconveniente toda clase de decúbitos, y poniéndole al descubierto pudimos apreciar una gran demacración interesando todos los tejidos blandos, que permitía dibujarse perfectamente el relieve de las costillas, con ahuecamiento de los espacios supra y subclaviculares.

En las piernas, orejas y alrededor de la boca, una erupción de granos que en su evolución formaban costras gruesas de difícil desprendimiento y de no menos difícil curación.

*Aparato digestivo y sus anejos.*—Anorexia, lengua cubierta de una ligera capa blanquecina especialmente en la base, y á los diferentes y sistemáticos medios de exploración, normalidad del estómago, intestinos, hígado, bazo, páncreas, etc., sin que estuvieran alteradas su situación, sus dimensiones, su consistencia, su regularidad, su sonoridad y su sensibilidad á la palpación y á la percusión superficiales y profundas.

El acto digestivo no parecía notablemente perturbado, y la función intestinal de expulsión, perezosa como era natural, dada la pequeña cantidad de alimentos que ingería, hacía necesaria de vez en cuando alguna irrigación. Como fenómeno digno de tomarse en cuenta, crisis intestinales mucorreicas en períodos irregulares, consistentes en mucosidades coaguladas, en parte amorfas y en parte adoptando la forma de cintas de variable longitud y anchura, en un todo análogas á las de la enterocolitis mucomembranosa.

*Aparato respiratorio.*—Mucosa nasal con los caracteres de una rinitis crónica, con erosiones en distintos puntos, desviación del tabique hacia la izquierda, impermeabilidad acentuada de ambas fosas, especialmente de la izquierda, y secreción de un moco pus espeso, abundante y de color á veces muy sucio como si estuviera mezclado con sangre alterada, y de olor con frecuencia fétido y siempre desagradable. En la faringe, istmo de las fauces y nasofaringe, síntomas de inflamación crónica con vegetaciones adenoides de que ya hemos hablado.

*Inspeccionando el tórax*, se echaba de ver desde lue-

(1) Véase el número anterior.

go su falta de desarrollo en relación con la estatura, y que las excursiones respiratorias no eran tan amplias como en estado normal, por más que el número de respiraciones no pasara de 16 á 18, circunstancias todas que muy bien pudieran explicarse por la antigua obstrucción nasal de que llevamos hecho mérito.

A la *palpación* por fuerte que fuera, ningún dolor en las regiones supra y subclaviculares, igualmente que en los demás puntos de la caja torácica, y las vibraciones vocales que á primera vista pudieran parecer aumentadas, debían considerarse como normales teniendo en cuenta la estructura de la caja desprovista de todo relleno, y los caracteres y timbre de la voz muy á propósito para aumentarlas.

A la *percusión*, aun la fuerte y profunda, nada de dolor en ningún punto, y sonoridad y resistencia normales en todos.

A la *auscultación*, ni modificaciones en el ruido respiratorio normal que aparecía con su ritmo, su tono, su timbre y su intensidad corrientes, ni ruidos anormales ó sobreañadidos, pues ni nosotros ni los muchos compañeros, algunos de muy justa fama, que después la vieron, pudimos apreciar, aunque con empeño les buscamos, ninguna clase de chasquidos ó estertores. Nada tampoco por detrás, ni aun en la zona de alarma, ni el signo d'Espine ni el de Smith denunciando adenopatías traqueobrónquicas. Ni tos ni expectoración.

*Aparato circulatorio.*—El corazón en su sitio, sin descenso ni desviación del choque de la punta que bate con intensidad normal, sin aumento de volumen apreciable por los medios de investigación adecuados, y sin ruidos anormales ni soplos en los focos de auscultación, no ofreciendo otra cosa de particular, que una taquicardia notable que persistía aun en los momentos de completa apirexia. El pulso frecuente como los latidos cardíacos y con notable disminución de la tensión arterial.

Ninguna otra cosa digna de mención en los sistemas arterial y venoso.

*Aparato urinario.*—Nada de particular como afección primitiva de los órganos que le componen, dándonos el análisis de la secreción externa ó sea de la orina, el resultado siguiente: ni albúmina ni glucosa; fosfaturia notable y un gran exceso de urea que se tradujo por abundante sedimento de cristales de nitrato de urea bajo la acción del ácido nítrico.

*Calorificación.*—En el momento en que se le reconoció por primera vez (diez de la mañana) la temperatura al termómetro era de 36°,4, y para formar juicio lo más exacto posible acerca de su valor y de su evolución nocturna, hubimos de repetir varias veces durante las veinticuatro horas nuestras observaciones, que nos demostraron que la de la mañana oscilaba entre 36°,4 y 36°,8, y la de la tarde y noche ascendía á 38° y aún llegaba alguna vez á 38°,5.

*Secreciones.*—Sudores muy abundantes por las mañanas, especialmente cuando permanecía algún tiempo quieto y abrigado, y, en caso contrario, tendencia al enfriamiento.

*Sistema nervioso.*—Gran abatimiento, astenia acen-

tuada y topoalgias en distintas regiones, que aparecían y desaparecían ó cambiaban de lugar con suma rapidez y frecuencia.

Este conjunto de datos no muy expresivos por cierto, había de servir de fundamento á nuestro juicio en la formación del diagnóstico.

¿De qué enfermedad se trataba? Aun cuando poco numerosos los síntomas clínicos por falta de localizaciones que pudieran guiarnos en la serie de investigaciones que á dicho fin intentamos, algunos de entre ellos tenían sin embargo un particular valor. Efectivamente, hemos dicho que el enfermo fué obeso, que creció desmesurada y rápidamente hasta alcanzar una talla que contrastaba con sus pocos años; que enflaqueció después sin causa conocida hasta perder en unos cuantos meses más de 20 kilogramos; que presentaba una fiebre á fuego lento sin apercibirse de ella el enfermo y sólo apreciable por el termómetro; que se hallaba profundamente anémico con un tórax desproporcionado con su estatura; que fuera de los accesos febriles y aun en los momentos en que la temperatura era subnormal, presentaba una taquicardia bastante notable con descenso de la tensión arterial, y que estaba tan exhausto de fuerzas, tan asténico, que apenas podía moverse, dándonos la impresión de un considerable déficit suprarrenal.

Si se tiene presente el cuadro que en la introducción á esta historia trazamos de lo que debía entenderse según Sergent y según nosotros por *pretuberculosis* y le comparamos con el cuadro sintomático que nuestro enfermo presentaba, observaremos que pueden superponerse, que parecen calcados el uno sobre el otro y que parece el segundo un fiel trasunto del primero. Pensamos, pues, previa una detenida y reflexiva meditación, que teníamos á la vista un caso de *pretuberculosis* ó *pretisis* según las nuevas ideas.

Verdad es que existen multitud de enfermedades que á un examen superficial pudieran confundirse en sus manifestaciones sintomáticas con la *pretuberculosis*, como sucede, por ejemplo, con la apendicitis crónica latente, las infecciones de las vías biliares, el paludismo crónico de manifestaciones febriles intermitentes ó remitentes; las rinofaringitis crónicas acompañadas de fiebres accesionales que han podido pasar inadvertidas como aquí sucedió y algún absceso visceral que se fraguó sin ruido y sin perturbaciones que llamaran la atención permaneciendo desconocido; pero en la primera es rarísimo que falten antecedentes abdominales más ó menos acusados; en la segunda pueden siempre apreciarse además, de la fiebre que puede afectar formas parecidas á la de la *pretuberculosis*, otra multitud de síntomas que pertenecen en propiedad al aparato hepatobiliar.

El paludismo crónico, en primer término, tiene su origen en localidades pantanosas donde abundan los anofeles, y, además, sus accesos febriles suelen ser matutinos, más regulares, van acompañados de infartos del hígado y del bazo, alcanzan por lo general cifras térmicas más altas, y ceden á la administración de las sales de quinina.

En cuanto á la rinofaringitis crónica con vegetaciones adenoides, pudo prestarse á confusión en la primera etapa, pero no posteriormente, porque casi curado este proceso, persistió el estado patológico ya descrito, con la misma ó mayor intensidad.

Respecto al proceso supurativo, es muy raro que por extremada que sea su latencia no se encuentre, buscándolo con insistencia y discernimiento, algún signo local que le denuncie, como sucede, por ejemplo, en los abscesos subdiafragmáticos; pero en último término, tenemos una exagerada leucocitosis que no se comprobó en ulteriores investigaciones.

Para aportar algún elemento más de juicio al problema diagnóstico, se recogieron de cualquier modo, pues ya hemos dicho que no tosía ni expectoraba más mucosidades que tosiendo intencionadamente expulsó, tomando al efectuarlo las precauciones debidas de asepsia, y se mandaron al Laboratorio municipal de Valladolid, cuyo actual director, D. Eugenio Muñoz Ramos, es uno de nuestros más sabios químicos, biólogos y bacteriólogos; pero la investigación hecha con todo el esmero y competencia con que en dicho centro científico se hacen todos los trabajos, fué completamente negativa, cosa que no nos extrañó porque no estábamos seguros de su procedencia.

Poco después, 14 de Enero, se hizo la cutirreacción á la tuberculina que fué positiva de intensidad media, cuyo halo persistió cinco ó seis días; mas como ya sabemos, el mismo Von-Pirquet dijo que ya no tenía gran valor en el adulto á causa de su extremada frecuencia aun en sujetos aparentemente sanos, porque denuncia, no solamente la tuberculosis probada, sino que también la tuberculosis extinguida que Sicard y Descomps llaman histológica, y porque además falta con mucha frecuencia en la tuberculosis aguda y sobra en multitud de enfermedades, especialmente en las agudas que nada tienen que ver con ella, de lo que resulta que ni su presencia ni su ausencia constituyen un criterio absoluto como al principio se creyó.

(Se continuará.)

## INTRODUCCION AL ESTUDIO DE LA OPERATORIA QUIRURGICA (1)

POR EL

DR. D. JOSÉ GOYANES CAPDEVILA

Pero hay que decirlo con valentía, la ambición económica no es vituperable sino legítima, noble y elevada si los medios materiales alcanzados son para fines también elevados y nobles. La vida, al fin, no consiste en dar una dirección unilateral al espíritu, sino en elevarle y ennoblecerle en todos sentidos.

Pero es vituperable el proceder de aquellos operadores que aprovechando la brillante posición económica de sus clientes exigen por sus servicios, muchas veces nada extraordinarios ni excepcionales, sumas fabulosas, origen de litigios, desprestigios y perturbación de las normas económicas usuales y al fin y al cabo de efectos contraproducentes, pues el prestigio del cirujano se funda, no tan sólo en la eficacia

(1) Véase el número anterior.

práctica de sus obras, sino en su ecuanimidad en todo orden de relaciones con la clientela.

\* \* \*

La operatoria quirúrgica es una ciencia, por cuanto su objeto ó contenido está formado por conocimientos verdaderos y ciertos y agrupados en un conjunto armónico y orgánico, en el cual las partes están relacionadas con el todo y éste se halla presente y actúa en todas y cada una de las partes. Es la operatoria, para el que la cultiva, como toda ciencia, un ideal, es decir, un tema inagotable de investigación y estudio. Tiene, además, el carácter de ciencia experimental, por cuanto las operaciones pueden considerarse como experimentos biológicos que crean en el organismo nuevas y provocadas disposiciones sin otra limitación que la de ser adecuadas á la enfermedad ó á la lesión y de positiva y favorable eficacia para el enfermo.

Pero así como la anatomía estudia *objetos naturales*, que llegan á conocerse por la simple observación, la operatoria debe intervenir en *procesos naturales*, pues no otra cosa son los estados patológicos, y para modificarlos en beneficio del enfermo debe someter á sus órganos á un cambio más enérgico, activo y radical que en otras secciones de la terapéutica, y con ello el operador puede entonces analizar y profundizar en el conocimiento de los elementos integrantes del proceso y en consecuencia esclarecerle é iluminarle.

Así se ve que siempre que el cirujano ha entrado, con el criterio propio de su ciencia, en el análisis y estudio de una lesión ó enfermedad, el conocimiento de ésta ha progresado, ya por la observación objetiva directa *in situ* del órgano enfermo ó del foco lesional en el aspecto macroscópico, ya por suministrar la biopsia operatoria material vivo y reciente, no modificado por la alteración cadavérica, para el análisis histológico, y esto en todas ó casi todas las fases del proceso ó de la lesión, iniciales, intermedias y finales; ya también porque el operador puede excitar ó estimular, por modo experimental, la función del órgano al descubierto, como los centros motores de la corteza cerebral por la corriente eléctrica (Horsley, Krause) y hasta producir una variación funcional en el órgano operado, muy á propósito para estudiarla, y también someterle á nuevas condiciones de análisis fisiológico, como sucede con el estómago después de la gastroenterostomía, con los tendones y músculos después de trasplantarlos á nuevas inserciones, etc., etc.

Pero como las operaciones han de hacerse siempre para obtener una modificación funcional favorable para el enfermo, no podemos, mediante ellas, conseguir todos los dispositivos experimentales deseados, y de aquí la necesidad de que todo operador realice trabajos de vivisección en los animales, no sólo para asentar la inocuidad de todo nuevo método operatorio, sino para plantear problemas fisiológicos y biológicos antes desconocidos.

Pero una cosa es la vivisección ordenada y metódica, con el empleo en los animales de todos aquellos medios que la operatoria humana usa para dulcificar la cruenta de los traumatismos, es decir, y sobre todo la anestesia y la asepsia irreprochables, que deben usarse en las vivisecciones con igual esmero que en el hombre, y otra cosa ese sacrificio estéril y vituperable de animales y entre ellos de los más nobles y amigos del hombre, que debe condenarse y hasta prohibirse y castigarse, pues ellos, como todo ser viviente, tienen derecho á cumplir aquella misión individual y específica que les encomendó una alta y trascendental voluntad y con ciencia, la que rige la marcha y derroteros del universo.

Así vemos cuántos progresos se han realizado en el conocimiento de las enfermedades cuando su estudio ha sido he-

cho con el criterio propio de la cirugía, que no es otro que aquel magistral que le señaló mi preclaro maestro San Martín y no depende del objeto, sino del método, toda vez que el cirujano al estudiarlas dirige su fino análisis directamente á la lesión, ya por los medios clásicos de la exploración clínica usual, ya viéndola y observándola á favor de los modernos métodos de endoscopia, en la cual los aparatos son á modo de prolongación del ojo humano, ó con la penetrante iluminación de los rayos de Roentgen, y porque su actuación, más ó menos ruda, obra siempre también sobre la lesión misma, de tal manera que la cirugía resulta á modo de disciplina superior en el terreno clínico, como lo es la anatomía patológica en el campo de la total patología. El conocimiento de muchas enfermedades ha llegado así, por obra y gracia de la cirugía, á lo que pudiéramos llamar su período de madurez y máxima floración, como ha ocurrido á la apendicitis, la úlcera y cáncer gástricos, los tumores del cerebro y aun la misma tuberculosis pulmonar.

Por el lado experimental no puede negarse la influencia directriz informativa de la cirugía en el planteamiento y resolución de un conjunto enorme de problemas fisiológicos y biológicos; y así vemos que las trasplantaciones de los órganos, sólo posibles por el adelanto de la cirugía vascular, comienzan á ser y serán en el porvenir uno de los métodos más fecundos para el análisis de la función orgánica, como sucede en el riñón, que desligado de sus conexiones nerviosas después de trasplantado por medio de la sutura vascular, abandonado á la sola influencia del líquido hemático en él circulante, y á la acción autónoma de los plexos nerviosos subpélvicos, sigue elaborando la orina, eliminando cuerpos y sustancias, que un análisis delicado determina en su valor cualitativo y cuantitativo.

Bien es verdad que la constitución científica de la cirugía, el hecho de pasar de la categoría de arte á la más elevada y severa de ciencia, allá en el siglo XIX, se debió, no sólo al descubrimiento de la anestesia y á la incorporación á la doctrina quirúrgica de las adquisiciones todas de la patología, sino, muy principalmente, al genial descubrimiento de Pasteur, origen de la reforma, con la contribución, por el lado de la cirugía, de las revelaciones del eminente Lister.

\*\*\*

Toda obra artística pasa por una fase de *concepción*, otra de *representación* y, por fin, una de *ejecución*; á veces exige, además, un tiempo de *corrección*.

En la obra musical la concepción es tan diferente de la ejecución, que, con frecuencia, los más inspirados músicos han sido y son ejecutantes medianos, y á la inversa, hay grandes ejecutantes que apenas si han compuesto media página musical inspirada y de positivo mérito. En la obra dramática importa tanto la ejecución como la concepción, ó sea la obra en sí misma, y así vemos que un drama excelente, uno de Shakespeare, por ejemplo, ejecutado por malos actores produce menos emoción que una obra dramática mediana hecha por actores buenos. En la arquitectura, que como arte bella sacrifica muchas veces la obra misma á su utilitario destino (religioso en los templos, guerrero en los fuertes y castillos, industrial en las fábricas, etc.) y por eso se idealiza tanto más cuanto más se desprende de aquél (en los templos de todas las épocas siempre ha culminado la obra arquitectónica), es donde mejor se señalan aquellos tiempos ó fases de la obra, porque á la concepción de la misma sigue la representación, no sólo ideológica, sino material por medio del dibujo, y en cambio la ejecución efectiva tiene menos importancia desde el punto de vista puramente artístico,

pues los ejecutores apenas sienten ni se relacionan con el ideal artístico del autor.

La operación como obra artística puede ser, ó nueva, original y no ejecutada, ó sancionada ya por la práctica. Al idear y realizar las primeras asistimos en realidad á una creación artística y en consecuencia la operación debe pasar por aquellas fases indicadas. De éstas la concepción y representación (ensayo en el cadáver, experimento en el animal vivo), constituyen en realidad el nacimiento ó génesis psicológica de la obra; la ejecución es la objetivación material de la misma.

En las operaciones sancionadas ya por la práctica, el operador viene á ser, con respecto á la operación, lo que el músico ejecutante á la pieza musical: podrá sentirla con mayor ó menor intimidad, ejecutarla con más ó menos maestría, pero el creador es otro y por lo tanto la concepción y ensayo de operaciones nuevas tiene mucha más importancia para el progreso que la mera ejecución de las mismas. Podrá ser esto muy beneficioso para cada caso particular, para cada enfermo, pues en ello va muchas veces la salud y la vida; pero con ejecutar correctamente las operaciones, el arte que nos ocupa no progresaría, quedando estacionario. ¿Qué importa hoy á la humanidad que Wölffler ejecutara mejor ó peor la gastroenterostomía? El tuvo, allá en el año 84 del pasado siglo, la concepción genial de esta operación, y esto es lo que ha permitido salvar de la enfermedad ó de la muerte á un número hoy incontable de estrechados del píloro.

Por eso han dejado mucha más huella en la historia de la operatoria los creadores que los ejecutores, los geniales que los hábiles, como es incomparablemente mayor en el puro arte de la música la huella de un Beethoven ó de un Wagner, como compositores, que la de un Paganini ó un Sarasate, en cuanto ejecutores. Estos hacen el deleite del público, de su público; aquellos genios creadores dan infinitas horas de satisfacción y encanto á todos y en todos los tiempos.

(Se continuará).

## Cosas del siglo pasado.

### LA PROTESTA DE LOS TITULARES

Con motivo del movimiento de protesta llevado á cabo en estos últimos días por la clase médica, hemos querido tener antecedentes del tiempo que hace que los médicos vienen protestando con razón del abandono en que se les tiene, y entre otros muchos datos, recogemos hoy una carta que el médico titular de Aranda de Duero, D. Lucas Benito Hernando, dirigió en el año 1847 al *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* y en la que después de protestar por haber sido declarado cesante en unión de otro compañero, sin causa justificada y en contra de la voluntad del pueblo, hace sentidas consideraciones acerca de la suerte de los profesores de partido, y se lamenta de que cuando los maestros de escuela son independientes de las municipalidades y los secretarios de Ayuntamiento inamovibles, los facultativos sean el piquete de los partidos, el blanco de las intrigas y el oprobio de la sociedad.

«Cualquiera destripaterrones—dice—se halla autorizado bajo pretexto de economías, á separar todos los criados de villa empezando por los profesores de Medicina y Cirugía. ¿Qué consideración podemos esperar de la generalidad de

los pueblos para quienes las palabras facultativo y criado son sinónimas? ¿Qué diremos de la posición embarazosa y crítica en que se encuentran los profesores en tiempo de elecciones? De nada sirve la más estricta neutralidad, porque los partidos siguen aquella máxima de *qui non est mecum, contra me est*. Todos declaran la guerra y se ponen en guardia esperando les llegue el turno para proponer la rebaja ó la separación.»

Esta inseguridad y lo abatidos que se encuentran los profesores son, en sentir del Sr. Hernando, la causa de esos contratos ruinosos y degradantes que todos los días vemos; y entre otros enumera el de dos médicos que se han escriturado no lejos de allí en ocho reales, y el de otros que se han comprometido en el contrato á pagar al Ayuntamiento la mitad de lo que les valgan las consultas y operaciones. Y concluye su carta invitando á todos los periódicos profesionales y á todos los profesores de influencia para que levanten su voz y soliciten una ley orgánica que ponga el ejercicio libre de la Medicina, sin permitir contratos, lo cual parece imposible, ó que respetando á todos los profesores los haga dependientes de una Corporación científico-médica, pero jamás de los pueblos, Ayuntamientos y de los extraños á la ciencia.

Y por su cuenta el periódico pone el siguiente comentario:

«Seguramente este hecho es una nueva prueba de lo desatendida que está la clase más noble y más necesaria de la sociedad. Es preciso que tome pronto el Gobierno, según se lo hemos aconsejado un millón de veces, una medida enérgica, que dé una disposición ó haga observar las que tiene dadas para que los profesores de partido dejen de ser el blanco de las venganzas de los concejales y juguete del capricho de cualquier cacique tan ignorante como despótico y exigente.

Es preciso que el profesor estudioso, honrado y laborioso, encuentre una seguridad en las autoridades para que descuidado pueda entregarse libremente á su profesión, haciéndose extraño á todo lo que no sea curar los enfermos. Si estas medidas han sido necesarias siempre, mucho más lo son ahora en que por desgracia abundan tanto los hijos de Esculapio, y por lo mismo no faltan entre ellos quienes sirvan de instrumento á tales amaños.»

Así hablaban los médicos y los periódicos médicos el año 1847 y nos parece que ha llovido ya bastante desde entonces para seguir lo mismo. Y, sin embargo, no podemos decir hoy más ni corregir lo que decía en 1847 el *Boletín de Medicina*.

## Periódicos médicos.

### PARASITOLOGIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Naturaleza y etiología de la influenza. Concepto del virus complejo, por el profesor Dr. H. Sahli, de Berna.**—El autor resume en estos términos su original teoría:

Los bacterias prefieren las culturas mixtas para su desarrollo, como se ha comprobado especialmente en la influenza; la virulencia de las bacterias se aumenta, si éstas se asocian con otra especie de bacterias; la predisposición del organismo favorece la cría de la virulencia; algunos organismos se distinguen por su predisposición específica; hay infecciones, especialmente por gotas, que no se producen por una bacteria sola, sino siempre por un mayor número de bacterias que por su naturaleza representan á menudo mezclas que pertenecen á un virus complejo: las epidemias ori-

ginales pueden partirse en epidemias parciales. En todo esto se apoya mi teoría, que sirve muy bien para aclarar los problemas de la patología de la influenza. Rechazo el término hipótesis y me adjudico para mí el término de Ostwald «prototesis», en el sentido de una teoría que todavía hay que examinar.

En el momento de editar este trabajo, he observado en la clínica un ejemplo muy típico para la variabilidad de los resultados bacteriológicos de la influenza.

En una mujer que padecía una neumonía del tipo de la influenza se encontró en el esputo los bacilos de la influenza, en tanta abundancia, como no se había visto hasta ahora; al día siguiente los bacilos de la influenza habían desaparecido completamente, pero el esputo formaba casi una cultura pura de pneumococos: el virus complejo había variado dentro de un día y dentro de una sola infección. Esto parece comprobar la suposición de Pfeiffer, que por lo menos en algunos casos, los bacilos de la influenza pueden ser sustituidos pronto por otras bacterias. Sin embargo, nosotros hemos observado muchas veces lo contrario: que los bacilos de la influenza han aparecido más tarde. (*La Clínica Moderna*, Zaragoza, 15 de Febrero de 1919.)

#### EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Sobre las transformaciones de los gérmenes anaerobios de la gangrena gaseosa, por G. M. Fasiani.**—El autor después de estudiar las diversas teorías acerca de la etiología de la gangrena gaseosa deduce las tres conclusiones siguientes:

La primera es que la coloración de los granulocitos basófilos es siempre delicadísima, difícil, sujeta á muchas causas de error, variable según el material histológico que se emplea en la investigación.

Por esto es preciso no servirse de un solo método, sino de varios, comprobando de cuándo en cuándo los resultados.

La segunda es que el tratamiento de estas células con acetona demuestra que los granulobasófilos están verosíblemente constituidos por dos substancias, una lipoidea y la otra albuminoide.

En fin, de las presentes observaciones parece que resulta claramente probada la existencia de formas inmaduras de los granulocitos basófilos de tipo de promielocitos y de mielocitos, y es también posible demostrar en estos elementos la presencia de figuras de excisión indirecta y otras pasajeras, con las formas más típicas de los granulocitos basófilos.

Es verdad que se trata de una sangre fuertemente patológica, pero si pensamos que hoy la leucemia mieloide viene siendo considerada como un proceso metaplástico, en el que desarrollan abundantemente en círculo y en los órganos hematopoyéticos procesos limitados á la vida embrional, estaremos hasta cierto punto autorizados para aplicar estas conclusiones á la génesis fisiológica de los granulocitos basófilos.

Por eso no hay razón alguna para sostener como quiere Pappenheim, que los gránulos derivan de una degeneración del espongioplasma, siendo demostrable la existencia de un ciclo del desarrollo de los granulocitos basófilos análogo al de los otros granulocitos. (*Lo Sperimentale*, Florencia, Marzo 1919.)

### PSIQUIATRIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Relaciones entre la obsesión y la psicosis maniacodepresiva, por el Dr. Ramón Alvarez G. Salazar.**—

Como consecuencia de su estudio deduce el autor las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La obsesión primaria se manifiesta por accesos que, aparte de su prolongación en el tiempo, tienen el carácter de no desaparecer completamente en los períodos intercalares.

La psicosis maníacodepresiva, con sus cambios alternativos del humor y modificaciones también en la expresión motora, presenta en el curso continuado de su desenvolvimiento, períodos más ó menos largos de restitución psíquica y somática perfectamente normales.

2.<sup>a</sup> En la obsesión destaca, como hecho psicológico, una lesión primitiva de los sentimientos intelectuales, merced á la cual la seguridad en nuestros actos y disposiciones ulteriores ha desaparecido de nuestra conciencia personal, y el sentimiento intelectual—agregado complejo de nuestra vida psíquica—es creado gracias á la voluntad que, enfocando la poderosa lente de su atención, suma y asocia lo que es coherente, y separa é inhibe lo que á su formación se opone.

En la psicosis maníacodepresiva resalta, como elemento primitivamente invadido, una lesión del lado afectivo del ser, que da por consecuencia inmediata la exaltación ó depresión del humor, tras de la cual la vida entera del psicósi-co padece del choque inferido.

3.<sup>a</sup> En la obsesión, el sentimiento de imposición y dominación se acompaña de angustia, lucha y sentido crítico, y frecuentemente de victoria por parte de la personalidad moral.

En la psicosis maníacodepresiva, con angustia ó excitación, sin lucha y sentido crítico, la victoria corresponderá á la excitación morbosa, que no será reconocida y perfectamente censurada hasta después del acceso en que, recordando lo pasado y en posesión de su personalidad normal, se hallará el enfermo frente á un claro y evidente contraste.

4.<sup>a</sup> La alternancia de accesos obsesivos con estados maníacodepresivos tiene una existencia indudable, pero deben interpretarse como una coetaneidad de elementos extraños asociados á la obsesión, pero con carácter de independencia.

5.<sup>a</sup> Por todo lo expuesto, confirmamos que tanto la obsesión como la psicosis maníacodepresiva tienen sus linderos respectivos de funcionalismo anormal independiente, y que si esta última cabe perfectamente en el grupo de las vesanias, en cambio, la primera, por su incompatibilidad con la personalidad normal, nos parece debe ser incluida entre las enfermedades hasta aquí conocidas con el nombre de psiconeurosis. (*Revista Española de Medicina y Cirugía*, Barcelona, Febrero, 1919.)

## NEUROLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Dos hemianestias de origen medular, por MM. J. Jumentí y Aymés.**—Presentan los autores dos historias clínicas en las que se trata de dos casos de hemiplejía espinal con hemianestesia cruzada, y resumen su estudio en las conclusiones siguientes:

«En las dos observaciones que acabamos de exponer, se trata actualmente de una hemiparesia con hemianestesia cruzada, presentando, en estado más ó menos puro, el síndrome de Brown-Sequard; en ambos casos, la lesión orienta casi exactamente en el mismo punto; primer segmento dorsal en el primero; octavo segmento cervical y primer segmento dorsal en el segundo; casi únicamente unilateral en

el primer enfermo, es bilateral en el segundo con predominio hacia la izquierda. En los dos existen trastornos pupilares de origen simpático.

Estos dos hombres, el uno por herida, el otro por enfermedad, han llegado á esta sintomatología tan análoga por procesos de evolución tan diferentes; en uno se trata de restos de cuadriplejía por hematomielia ó reblandecimiento hemorrágico de la médula; es un estado de regresión que irá acaso atenuándose; en el otro no es más que una afección de marcha progresiva, aunque lenta, representando el tipo de la compresión anular. La evolución es, pues, inversa.

Nos parece interesante comparar los dos síntomas de Brown-Sequard así realizados por lesiones medulares que orientan al mismo nivel, pero dependiente el primero de un proceso extramedular, y el segundo de una compresión de origen externo.

Los trastornos anestésicos en el primer caso están estrictamente localizados al lado opuesto á aquel en que orienta la parálisis y presentan el tipo de la disociación siringomélica (analgesia y anestesia térmica), y la sensibilidad táctil es casi intacta.

En el segundo, á la analgesia y á la anestesia térmica izquierdas cruzadas se añade una hipoestesia táctil de todo el cuerpo con máximum á la izquierda; la sensibilidad profunda (sensibilidad vibratoria al diapason) está muy disminuída en el lado paralizado.

Estas diferencias podrán hacer creer que en el herido las lesiones actualmente casi únicamente localizadas en la substancia gris, interrumpiendo tan solo las vías sensitivas ascendentes que conducen las sensaciones térmicas y dolorosas y que en el enfermo la compresión anular exterior, sobre todo marcada á la derecha, ha interesado además las vías conductoras de la sensibilidad táctil (cordón posterior y cordón antero-lateral) y la sensibilidad profunda (cordón posterior).

En los caracteres de la anestesia medular cruzada se podrían algunas veces encontrar los indicios de probabilidad de asiento intra ó extramedular del proceso patológico.—*Montpellier Medical*, 15 de Agosto de 1918.)

## MEDICINA INTERNA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La pandemia gripal en Lima.**—*La Reforma Médica*, de Lima, publica en su número de Diciembre del año último un artículo del Dr. Flores en el que se establecen las siguientes conclusiones que nos parece oportuno reproducir:

1.<sup>a</sup> La causa específica de la gripe nos parece desconocida hasta hoy; los gérmenes encontrados, serían gérmenes de asociación, que son los que determinan las complicaciones, sobre todo del lado del árbol respiratorio.

2.<sup>a</sup> El período de incubación es muy corto, de uno á dos días; hay dos tipos de gripe simple, la fiebre de tres días y la de cinco días.

3.<sup>a</sup> Los principales síntomas son: dolores al cuerpo, mal-estar general, dolor de cabeza, falta de apetito, constipación, tos y fotofobia.

4.<sup>a</sup> Los signos físicos son: alta temperatura con elevación máximum al segundo día, faringitis aguda, infección conjuntival, y en los casos graves, albuminuria.

# EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

## PROGRAMA PROFESIONAL:

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

### Boletín de la semana.

Entendámonos.—Real orden importante.

Aunque no creemos que sean necesarias aclaraciones para lo que es transparente, ni ampliaciones para lo que, por repetido, puede ser molesto, como quiera que ha llegado á nuestros oídos que, no sabemos con qué fin, se trate de tergiversar el sentido y la letra de lo que hace días dijimos, vamos á repetir más claro si cabe, cuál es nuestro pensamiento.

EL SIGLO MÉDICO quiere y pide la inmediata implantación del pago por el Estado á los médicos titulares. EL SIGLO MÉDICO quiere y pide la observancia de los preceptos y disposiciones por los cuales se reconoce á los facultativos titulares el carácter de inspectores sanitarios municipales. EL SIGLO MÉDICO quiere que se pague en la misma forma á los médicos forenses.

EL SIGLO MÉDICO quiere que al hacerse cargo el Estado del pago de los titulares y forenses, se obligue á los Ayuntamientos á liquidar sus atrasos reconociendo sus deudas con ellos y satisfaciéndolas en la forma que se les marque.

EL SIGLO MÉDICO ve con gusto que se tramitan los expedientes de pensión de la viudas y huérfanos de la última epidemia y de las epidemias anteriores, con arreglo á la Ley de 1912 y al Reglamento de 1915, que vería aún con más gusto ampliaciones y mejorados.

Todo esto, que nada tiene de nuevo y que á diario repetimos, es lo que seguimos queriendo, es por lo que seguimos propagando, es lo que nadie honradamente puede negar que hemos pedido antes que nadie y con más firmeza que ningún otro, en cuantos terrenos hemos podido hacer oír nuestra voz y sentir nuestra modesta influencia.

Si en uso de nuestra perfecta libertad hemos dado una opinión que tiene el derecho á ser respetada, aunque no tenga la pretensión de ser por todos compartida, hemos expresado nuestro disentimiento ante el empleo de medios secretos, y por lo tanto, pueriles; esto no significa que nosotros cejemos en nuestro empeño ni desértemos de lo que es nuestro convencimiento y nuestra devoción. Los que de otro modo piensen son por nosotros respetados, como nosotros esperamos serlo. Si aparte de esto se nos ha escapado alguna frase de amargura ante la ingratitude de que creíamos ser objeto, tienen razón

en censurarnos los que nos la censuren: la gratitud es cosa absolutamente personal y nadie puede imponerla ni infundirla en pecho alguno para que ocupe un lugar que pueden usurparla otras pasiones ú otros sentimientos.

Lo importante es que ya los programas, que parecían difusos y contrapuestos, han venido á rendirse, concretarse y confirmarse en uno solo y que la protesta de la aspiración médica ha cristalizado en forma sólida. Lo de menos es que el programa fuera de unos antes que de otros, lo importante es que hoy sea el programa de todos.

Y nada más decimos, ni pensamos decir en defensa propia, primeramente, por creerlo inútil, y luego, porque no queremos dar pretexto á divisiones ni á debates personalizados que sólo en daño de todos pueden redundar.

Como verán nuestros lectores en la sección correspondiente, el señor ministro de la Gobernación ha querido, por medio de una Real orden, garantizar el pago de los médicos titulares, dentro de las posibles atribuciones, á que el hecho de encontrarse cerradas las Cortes limitan las posibilidades de su acción. Como disposición transitoria no podemos menos de aplaudir la dictada por el Sr. Gimeno, pues se vé en ella y en cada uno de sus detalles, toda la buena voluntad y el deseo de acierto que la ha inspirado.

Vigorízase en esta Real orden el espíritu del Real decreto obtenido de la firma real por el señor Ruiz Jiménez; pero si los gobernadores no secundan la acción del ministro, si los alcaldes continúan en su resistencia pasiva y si los médicos no reclaman en cada caso particular ante las autoridades y no hacen público por la prensa el atropello en cada caso particular, la Real orden tendrá el mismo efecto que las disposiciones que la han antecedido.

A propósito y como caso práctico del descuido de algunos señores gobernadores ante las reclamaciones de los titulares, volvemos á llamar la atención del Sr. Gimeno sobre la conducta del gobernador civil de Ciudad Real, en el caso concreto de los médicos de Miguelterra. Continúan estos sufridos compañeros sin percibir sus haberes, y á nuestras reclamaciones en el Ministerio de la Gobernación, contesta el Poncio manchego, que todo está arreglado y... todo está sin arreglar. Por este caso y el anterior de la provisión de la titular de



Valdepeñas, se vé claramente el desdén que al señor gobernador civil de Ciudad Real le merecen los sagrados derechos de los médicos titulares, sin duda por considerarlos como cosa baladí ante sus altas combinaciones electorales y caciquiles. Esta es buena ocasión para probar si la Real orden del señor Gimeno sirve de algo.

DECIO CARLAN.

## ¿CASO DE CONCIENCIA?

Los representantes de la clase médica reclaman que la Sanidad pública se imponga conforme á las necesidades nacionales. Piden para ello, entre otras cosas, que el pago de los titulares se haga por el Estado y sean los médicos de partido quienes ejerzan la función de inspector municipal; reclaman, además, que se satisfagan las atenciones de los forenses, cosas, en suma, muy puestas en razón y bastante hacederas.

Pero los señores ministros se remiten al Parlamento. Aguárdese, dicen, á que las Cortes decidan y los presupuestos se voten... ¿Quién pone ya su fe en tales expedientes dilatorios? El Parlamento era en verdad la esencia de nuestro régimen constitucional; su historia es deslumbrante; las Cortes de Cádiz, las de 1820, las Constituyentes del 54, las de 1869. ¡Cuánta elocuencia en ellas, cuántas esplendorosas teorías, cuántas ideas hermosas y fecundas! Por mantener el régimen parlamentario han corrido en España ríos de sangre; hubo alzamientos, conspiraciones, motines, batallas y guerras civiles; muchas generaciones se debilitaron generosamente en peleas heroicas; llegaron al suplicio hombres bondadosos, y ejercieron la crueldad tigres humanos. Pero de todo aquello sublime, ejemplar, magnífico, ¿qué queda? Apenas nada. Un recuerdo solemne, una imitación burda, acaso un estorbo para los gobernantes. ¿Que esperen los médicos á que hablen las Cortes? ¡Pero si las Cortes están mudas, y cuando rompen á hablar se esterilizan en la disputa, se desfogan en la vana palabrería, no saben salir de los discursos huecos, de las polémicas necias, de las sesiones, ó rimbombantes ó vulgares.

Sí; las Cortes debieran haber dictado leyes favorables á la Sanidad; dispuesto que se acudiese con el dinero necesario á una buena organización; Institutos de higiene, inspectores en los pueblos pagados, con fondos generales, cuanto corresponde á una red sabiamente tendida, para que en ella quedasen enredados los mil agentes maléficos que conspiran contra la salud.

La ley de Sanidad vigente, anciana poco-respetable, no ha sido aún sustituida porque á la mayoría de los senadores y diputados desde hace bastantes años les estorba lo negro, y son ineptos para toda obra legislativa de condición trascendental. No han sabido hacer ningún Código importante: ni el Sanitario, ni el de Instrucción, ni el de Trabajo. Invirtieron el tiempo en proyectos de carreteras que nunca se construyen, en iniciativas inspiradas en el interés particular y, sobre todo, en largas parrafadas, pedantescas unas veces, pe-

destres otras, con las cuales ni se dilatan nuestras glorias ni se atiende á nuestros nacionales intereses.

Y cuando han pasado diez, quince, veinte años sin cuidar de leyes sanitarias; cuando vivimos en la interinidad de una Instrucción fecha 1903 y todas las quejas se reducen á voces en el desierto, ¡aún se habla del Parlamento! Un poco de paciencia, se afirma. ¡Cuando se reúnan las Cortes!...

Comencemos por decir que es necesario librarse de ciertos empachos de legalidad. Santo y bueno que se dependiera de las Cortes que en efecto son soberanas y se constituyen para legislar, si no estuviese bien sabido que el Senado y el Congreso representan un mito, una entelequia, no tienen realidad, no sirven para nada.

Mientras las Cortes están abiertas, la *Gaceta* carece de original; hay que ocupar sus columnas con edictos; apenas se cierran las Cortes, se abre la fábrica de decretos que resuelven materias propias de las leyes. Un día por decreto se regula nada menos que la jornada de trabajo; otro día se cambia el régimen fundamental en orden á la propiedad; por decreto se alteran los presupuestos, se conceden cuantiosos derechos, se prescribe respecto de asuntos trascendentales. Todo ello está muy bien. ¡Cómo hemos de andar en estas horas de prisas universales, al paso lento de nuestras inacabables rutinas! Pero si nuestro régimen es parlamentario, nuestras leyes no pueden surgir de otro poder que el convocado mediante elecciones, para que elabore reglas de conducta, que han de ponerse al pueblo cuando el Rey las sancione, los ministros las refrenden y en el órgano oficial se promulguen.

Ese es el régimen, que ahora no conocerían aquellos doceañistas famosos ¡ilustres iluso! ó los que regaron con su sangre los campos españoles desde 1833 hasta el 1840, ¡héros inmortales de una epopeya apenas recordada! Mas puesto que del régimen nada se dice por nadie, atengámonos á la costumbre establecida. Si para la Hacienda, para el trabajo, para resoluciones esenciales se prescindie en absoluto del sistema parlamentario, ¿por qué invocarle cuando se trata de asuntos sanitarios? ¿Por qué no se legisla mediante Real decreto para constituir una ley de Sanidad conforme á nuestras necesidades? Si Micifuz y Zapirón se han comido al régimen, ¿por qué después de haberse lamido tratan en conferencia de si será ó no será prudente comerse el asador donde se tuestan las carnes de tantos infelices médicos?

Los repulgos no tienen gran fundamento; ni siquiera los económicos pueden ser considerados, porque el despilfarro se ha hecho gubernamental y allá van millones donde quieren las protestas airadas, las amenazas rotundas. Es necesario oír á quienes hablan en nombre de la salud pública, que todos somos hijos de Dios y herederos de su gloria.

J. FRANCOS RODRIGUEZ

## LA OFTALMOLOGÍA DURANTE LA GUERRA

CONFERENCIA DEL DR. LAGRANGE

El Dr. Legrange se propone dar seis conferencias de Oftalmología durante el presente mes de Marzo. El lunes pasa-

do á las siete de la tarde, desarrolló la primera de estas lecciones, abordando el tema «Progresos y resultados de la Oftalmología durante la guerra».

Las conferencias científicas, que se inauguraron el día 17 del corriente, en el Instituto Francés, están organizadas por la Universidad de Toulon, bajo los auspicios del Comité español para el desarrollo de las relaciones científicas.

El doctor Márquez, catedrático de San Carlos, hizo la presentación del oculista francés, ensalzando los méritos científicos y las obras técnicas publicadas por el Dr. Lagrange.

A continuación usó de la palabra el Dr. Lagrange, empezando á desarrollar su tema, auxiliado por el aparato de proyecciones, que hicieron verdaderamente instructiva y práctica la interesante conferencia científica.

Presentó el profesor de Burdeos numerosos casos de heridos á los que tuvo precisión de enuclear los ojos, haciendo juegos de restauraciones de los párpados que daban por resultado completa perfección estética al disimular el ojo de cristal con que sustituía al operado.

Uno de los puntos más interesantes de la conferencia fué la descripción del proceso infeccioso que origina la oftalmía simpática, el curso de los microorganismos por el quiasma de los nervios ópticos arrastrados, los gérmenes, por la corriente sanguínea de los vasos capilares que nutren los citados órganos. Asimismo describió, con toda minuciosidad, los procedimientos de asepsia y operatorios para evitar las mencionadas oftalmías simpáticas, evitando la pérdida del ojo sano, y, por tanto, la ceguera de los heridos.

Las restauraciones de los órganos lesionados no se reducen á la sustitución de los párpados lesionados, sino á corregir deformidades por la pérdida del arco zigomático y de parte de otros huesos de la cavidad ocular. Lo más difícil de restaurar—decía el Dr. Lagrange—es la parte del ángulo ocular, cuando las lesiones afectan á los huesos de esta región.

Gran número de profesionales acudieron a la conferencia del oftalmólogo de la Universidad de Burdeos, manifestando con repetidos aplausos el interés que despertaba en la concurrencia.

El viernes, 21 del corriente, dió el Dr. Lagrange la segunda conferencia.

## Sociedades Científicas.

### REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DE 1.º DE MARZO DE 1919

#### Dermatosis tratadas con vacuna alfa de Ferrán.

El Dr. GIMENO (D. Vicente) se ocupa de algunos casos clínicos de dermatosis (presentando los enfermos) cuya estadística asciende á 38 casos, todos ellos encajables en el grupo de manchas y eritemas en lo que se refiere á la lesión anatomopatológica, excepto una dermatosis de etiología hasta la fecha desconocida, aunque á su modo de ver parece relacionarse con la tuberculosis. Los casos hallanse comprendidos en un lapso de tiempo de cerca de cinco años, aunque en realidad solo dos años y medio son los que comprende el trabajo intensivo y efectivo.

Los enfermos de que se ocupa son unos portadores de nevos, otros de lesiones de psoriasis, eritemas nudosos, indurados, papios y otros. Presenta un sujeto psoriásico, de psoriasis generalizada y rebelde, en el que empleó 17 inyecciones, al principio poco espaciadas y posteriormente dejando pasar quince y veinte días entre una y otra; produciéndose reacciones verdaderamente violentas (reacción febril,

intensos escalofríos, agudización de las lesiones, etc.). En la actualidad está completamente curado, y de esto hace ya seis meses.

Presenta otro enfermo que sufrió psoriasis, curado á la quinta inyección. Tanto estos dos enfermos como otros hasta 13 que sufrían psoriasis, el tratamiento con la vacuna alfa ha dado excelentes resultados.

El Dr. Gimeno se ocupa luego de varios casos de nevos; presenta dos niñas y enseña algunas fotografías. A una de las enfermitas se le aplicaron 10 inyecciones de centímetro cúbico en menos de un año, al principio con intervalos de cuarenta y ocho horas y de tres días, y al final, espaciándolas de ocho á diez días. A la otra niña presentada se le aplicaron siete inyecciones, siendo la última en Abril del año pasado.

Se ocupa de otra enferma con lesión de eritema nudoso sometida á tratamiento desde Febrero último, y á los dos ó tres días de la primera inyección los resultados conseguidos son evidentes; las lesiones ulcerosas comienzan á cicatrizar, no exudan, empieza la descarnación, ha disminuido el estado edematoso de ambas piernas y se ha iniciado el prurito que da á entender la fase de curación con este tratamiento. Dice que presenta la enferma para que los señores académicos aprecien el estado actual y puedan compararlo cuando se halle curada completamente.

Después se extiende en consideraciones sobre la terapéutica empleada en los antedichos casos clínicos, y fija la atención en lo referente á las dosis que hay que usar, espacios que deben mediar de una á otra dosis y la reacción que se obtiene con esta terapéutica. Respecto del primer punto indica que la dosis es de 1 c. c., pues á mayor dosis presentan fenómenos febriles, las manchas se agudizan y poco á poco decrecen hasta desaparecer. La distancia de una á otra inyección oscila entre cuarenta y ocho horas á veinte días ó más, y nunca ha observado fenómenos anafilácticos, lo que le ha inducido á espaciar más las dosis, con lo cual se evitan molestias á los enfermos; que la vacuna que emplea es la vacuna alfa, de las bacterias alfas descubiertas y preparadas convenientemente por el Dr. Ferrán, cuyos tubos esterilizados los inyecta tal como vienen preparados.

#### Progresos é innovaciones en cirugía durante la última guerra.

El Dr. MOLLÁ reanuda su interrumpido discurso y después hace breves consideraciones acerca de tres centros sanitarios interesantísimos, que tienen algo de especiales: el hospital Colonial, el Canadiense y el titulado de la Ambrina.

*Hospital colonial.*—Es algo pintoresco y originalísimo, situado en la vertiente meridional del gran bosque de Vincens, á las orillas del Marne; y con el objeto de que los soldados coloniales acogidos se hicieran la ilusión de encontrar, se como en su país, se habían acumulado allí infinidad de detalles, correspondientes á los usos, costumbres y aficiones de dichos soldados. Se veían por todas partes ídolos, amuletos, objetos de adorno producidos en los países de su naturaleza, ó producidos en Francia imitándoles; habíase aprovechado el bosque para todo; había notables mezquitas, en una de las cuales aparecía una hermosa lámpara, antigua y auténtica, regalo del general Lautey, Residente general de Francia en Marruecos, y entre numerosas diversiones para distracción de convalecientes había trampas para cazar tigres. Los enfermos estaban en grandes salas, agrupados los que hablaban el mismo idioma ó dialecto, y tenían á su servicio médicos conocedores de su lenguaje y costumbres, lo que contribuía mucho á imaginarse que se encontraban en su propio país. Las salas eran amplias y ventiladas, dotadas de todo el personal y material sanitario preciso.

*Hospital canadiense.*—Ofrece interés desde el punto de vista técnico y detalles de organización. Hallábase instalado también en el bosque, en una planicie muy alta, sitio por demás higiénico. Este hospital había sido traído directamente de Canadá, y montado muy bien, utilizando escasos materiales franceses. Estaba construido de unas planchas de un material especial de cemento y amianto, con el cual se formaban las paredes y los techos, paredes que tenían un espesor de 2 centímetros. Ocupaba este hospital una superficie mínima (4.000 metros cuadrados de edificación) y el resto hasta 70.000 de jardines. La construcción tenía forma de abanico; en el centro había un gran teatro donde se proyectaban cintas cinematográficas y se ofrecían otros espectáculos que podían ver los enfermos desde la cama. Todas las salas eran independientes y estaban dotadas del material más completo y perfecto, disponiendo de servicio de baños y de cocinas independientes, todas ellas atendidas por la gran cocina central. Todos los detritus orgánicos, producidos de lavados, de curas y apósitos, etc., iban por una amplia alcantarilla de 2 metros de anchura y 2 de altura á dos grandes depósitos que están fuera ya del hospital y cerca del Marne, en los cuales eran esterilizados con un mecanismo especial. Estos depósitos consistían en dos pozos y los materiales pasaban de uno al otro por rebasamiento, y en éste se mezclaban con hipoclorito de cal en grandes cantidades, removidas por unas grandes paletas á impulso de motores especiales, y así, sin más olor que el del hipoclorito, iban los detritus al río. El servicio de cocina era servido en media hora. El hospital disponía además de un horno crematorio donde se incineraban los cadáveres que no eran reclamados, y además, los productos patológicos. En su aspecto higiénico y de organización, no cabía mejorar.

*Hospital de la Ambrina*—Se llama así por emplearse en él un producto de la invención del Dr. Sanford, compuesto de parafina y caucho, parecido al ámbar, y de aquí Ambrina. En dicho hospital se aplicaba el procedimiento de la ambrina para curar quemaduras. Está situado en los alrededores de Chantilly, en una casa de campo que había cedido el marqués de Aumont. Al frente de tal misión se puso la baronesa de Rothschild, por ser su marido uno de los accionistas de la empresa de la Ambrina, cuyo concurso se prestaba desde un punto de vista altruista, puesto que no cabía esperar lucro alguno, ya que la ambrina se daba gratuitamente. Este remedio significa un gran progreso en lo que se refiere al tratamiento de las quemaduras, y es curioso ver que ni en las profundas quedan cicatrices, adherencias, ni desviaciones, que hasta ahora eran consecuencias casi inevitables de las quemaduras extensas. El empleo de este producto se hace del siguiente modo: cualquiera que sea el grado de la quemadura, sobre todo en las de segundo y tercer grado, aunque haya músculos al descubierto, lo primero que se hace es lavar la quemadura con agua esterilizada, y luego aplicar la ambrina que se emplea en caliente á 40 ó 50 grados, poniéndola de manera que esta temperatura se mantiene por el calor natural del cuerpo y las exudaciones, de tal modo, que el apósito parece más bien un elemento normal. Se pone una capa de ambrina, sólo en la superficie cruenta, luego una capa de algodón fino, luego nueva capa de ambrina y, finalmente, una buena capa de algodón que lo protege. Como no curan á los enfermos diariamente, sino cada dos ó tres días, muchas veces hay exudados, y entonces los lavan, irrigándoles con una solución ligeramente antiséptica ó de suero fisiológico, después de la cual, es condición indispensable la de secar perfectamente con algodón esterilizado y una corriente de aire caliente. La ambrina se esteriliza al 120 por 100, y una vez esterilizada se

deja enfriar hasta los 40°, y líquida se coloca en pulverizadores, con los cuales se aplica. Si se solidifica, lo que pasa á menos de 40°, se calienta para licuarla. La ambrina estimula, irrita la piel sana, y para evitar este inconveniente, antes de aplicarla á las quemaduras se protege esa piel con una pomada de óxido de cinc. El secreto del éxito de la ambrina estriba en que hace una cura casi fisiológica, una cura homogénea, natural, no como un agente medicamentoso de acción estimulante ó electiva. Los resultados son excelentes en todos los casos, y aunque no se trate de ningún descubrimiento hecho con motivo de la guerra, puede considerarse como un verdadero progreso que ha realizado numerosas curaciones en esta horrible lucha en que ha habido tanta ocasión de emplearla.

El Dr. Mollá se ocupa luego con algún detenimiento respecto á la cirugía de pecho y de pulmón, cirugía craneal y cirugía de huesos y articulaciones. Habla de la intervención de Pierre Duval, Gregoire, Chutro y Gosset en la cirugía pulmonar, que con motivo de la guerra han tenido que operar inmediatamente, obteniendo resultados favorables, en un 50 por 100 de los que antes se consideraban imposibles de salvar. Se detiene también en la cirugía de huesos y articulaciones, y la mayoría de los enfermos de esta naturaleza que podían ser operados, no morían.

Esto es debido á que en las fracturas abiertas, por ejemplo, se emplea el método de Carrel, que conduce á la desinfección rápida y al empleo de las suturas precoces ó tardías, cuando las heridas están asépticas, clínica y bacteriológicamente. Esta práctica que se emplea en las fracturas, se usa también en las articulaciones.

Recuerda los grandes progresos que se han iniciado con motivo de la guerra en lo que se refiere á la cirugía renal, maxilo-facial y génito-urinaria, y á las que se refieren á la regeneración de los nervios cuando ha habido pérdida de substancia.

Y termina el Dr. Mollá diciendo que con motivo de la guerra, muchos cirujanos se han declarado intervencionistas, porque la experiencia adquirida en gran número de casos, ha venido á sancionar definitivamente procedimientos que ya se utilizaban, aunque sin una unanimidad de pareceres.

DR. CESALDO

## SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Celebró sesión el martes 11 bajo la presidencia del doctor Fernández Caro.

La señora Espinosa hizo brillantes y atinadas consideraciones sobre el feminismo en sus relaciones con la Higiene, y especialmente con la Protección á la infancia, que es el tema que se debate. Defiende la necesidad de que la mujer tome parte en la confección de las leyes, que de este modo serían más humanas, más justas, libertarianas á la mujer de muchas humillaciones y protegerían eficazmente á los niños.

La señorita La Rigada felicita á la señora Espinosa por la labor de feminismo sano que realiza, y demuestra la intensa labor educadora que los maestros ejecutan.

El Sr. Redondo insiste en la necesidad de dar una preparación científica y religiosa á los jóvenes para que desempeñen de un modo adecuado los deberes de la paternidad.

El Dr. Tolosa Latour aboga por la creación del Seguro de la maternidad, divulgación de los conocimientos referentes á puericultura, etc.

## PROTECCIÓN MÉDICA

ACTA DE LA SESIÓN EXTRAORDINARIA CELEBRADA POR SU JUNTA DE DAMAS EL DÍA 30 DE ENERO DE 1919

Bajo la presidencia de la doctora Aleixandre da comienzo la sesión. La secretaria general, doctora Lacy, lee la hermosa Memoria de fin de año, muy sentida y detallada, en la que da cuenta de la labor realizada por esta Junta durante el último año, expresando las más rendidas gracias á cuantos con sus donativos y actuaciones generosas colaboraron á sus altos fines, y también á todas las señoras que con tanto cariño y solicitud contribuyen á la realización y engrandecimiento de tan sublime obra.

Se da lectura al balance general de las operaciones realizadas durante el año 1918 en la Tesorería de Protección Médica, cuyos resultados en total son los siguientes:

Existencia en caja en 1.º de Enero de 1918, 4.918,17 pesetas.

Ingresos durante el año, 15.612,95.

Gastos, 17.001,35.

Existencia en caja en 31 de Diciembre de 1918, 3.529,77.

A continuación se verifica la votación para la Junta directiva y por unanimidad resulta elegida la misma.

La señora presidenta con palabras de gratitud exhorta á todas las señoras á perseverar con creciente entusiasmo y fraternal unión en esta gran obra, no ya de misericordia sino de la más elevada justicia, puesto que las amarguras que invaden esos tristes hogares no es la equitativa compensación que mereció una vida honrada de trabajo incesante, siempre abnegado y duro. Es una lástima, dice, que no se percatan todos, absolutamente todos los médicos, de esta gran verdad para remediarla, mejor dicho, para precaverla y evitarla. Nuestra digna clase por sus prestigios, por su autoridad, por su amplia y eficaz influencia en todas las esferas sociales, tiene en su mano medios para realizar esto, para llevarlo á cabo sin grandes sacrificios, sólo con procurar su verdadera unión, con sentirse poseídos sinceramente del bien común con el natural anhelo del mejoramiento de la clase, acudiendo con preferencia á los menos afortunados, muchas veces los más sacrificados también.

No desmayemos, continúa diciendo la señora presidenta, la inflexible verdad más pronto ó más tarde se abrirá camino por su propia fuerza cada vez más pujante, y entonces las dificultades con que esta Junta tropieza hoy habrán desaparecido, los medios materiales que tan escasamente puede ahora prodigar ya no nos preocuparán y será nuestra misión más dulce, más espiritual: de consuelo y de aliento para los tristes y para los enfermos.

Todas las señoras manifestaron un gran entusiasmo porque aquellos pronósticos sean pronto una realidad, pues ninguna profesión es tan merecedora de ello como la que en todo momento sabe sacrificar por los demás su bienestar, su propia vida, para dejar casi siempre en negra y cruel orfandad á sus seres más amados.

La secretaria de actas, PILAR CALVACHE.

### Sección oficial.

## MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN CIRCULAR

Ilmo. Sr.: Resultando que, á semejanza de lo sucedido con los maestros en fecha no lejana, los médicos titulares se ven con frecuencia en la necesidad de elevar al Gobierno

quejas y reclamaciones fundadas en la falta de pago de sus haberes, lo que entraña, de un lado, la infracción de claros y terminantes preceptos de la ley, y de otro, un menosprecio intolerable al personal decoro de los interesados y á su augusta misión de asistir á los enfermos pobres y velar por la salud pública;

Considerando que, con arreglo al art. 133 de la ley Municipal, los Ayuntamientos tienen la obligación de formar todos los años un presupuesto comprensivo de sus ingresos y de sus gastos;

Considerando que los gastos derivados de los servicios sanitarios tienen el carácter de *obligatorios*, según los artículos 72 y 134 de la misma ley, y figuran entre los de *pago inmediato é inexcusable*, según el art. 8.º del Real decreto de 23 de Diciembre de 1902;

Considerando que, de acuerdo con esto y con el art. 150 de la propia ley Municipal, los gobernadores deben negar su aprobación á los presupuestos municipales en que no figure la cantidad necesaria para la retribución de los médicos titulares;

Considerando que en los artículos 180, 181 y 182 de la misma ley se prescribe que los Ayuntamientos y concejales incurrirán en responsabilidad por negligencia ú omisión de que resulte perjuicio á los intereses ó servicios que están bajo su custodia y por desobediencia ó desacato á sus superiores jerárquicos; que la responsabilidad será exigible á los concejales ante la Administración ó ante los Tribunales, según la naturaleza de la acción ú omisión que la motive; y que cuando el alcalde, los tenientes ó los concejales de un Ayuntamiento se hicieren culpables de hechos ú omisiones punibles administrativamente incurrirán, según los casos, en las penas de amonestación, apercibimiento, multa ó suspensión;

Considerando que los gobernadores están obligados con estricta sujeción á los artículos 180 á 189 de la tan repetida ley Municipal, á imponer á los Ayuntamientos las anteriores sanciones si los concejales que hubieren incurrido en desobediencia grave insistiesen en ella, después de haber sido apercibidos y multados;

Considerando que el Real decreto de este Ministerio de 18 de Abril de 1917, publicado en la *Gaceta de Madrid* del día siguiente, no sólo ratificó la precedente doctrina en relación con el pago á los médicos titulares, sino que, además, dictó reglas precisas para asegurar su exacto cumplimiento;

Considerando que, á pesar de todo ello, es lo cierto que muchos Ayuntamientos siguen sin consignar en sus presupuestos y otros sin satisfacer la retribución de sus titulares y que, con lamentable frecuencia, tales infracciones no han sido corregidas por la Superioridad, dando lugar á perturbaciones y aun, en algunos casos, al abandono del servicio, con grave riesgo para la salud pública, que el Gobierno tiene el deber inexcusable de amparar,

S. M. el Rey (q. D. g.), sin perjuicio de otras más substanciales iniciativas del Gobierno ante las Cortes, ha tenido á bien disponer que se recuerde á V. S., para que lo cumpla y haga cumplir bajo su más estrecha responsabilidad, sin excusa ni pretexto, en todos y cada uno de los Municipios de esa provincia:

Primero. Que los Ayuntamientos tienen el ineludible deber de incluir en su presupuesto ordinario los haberes de los médicos titulares.

Segundo. Que los gobernadores civiles deben negar su aprobación á los presupuestos en que no figuren dichos haberes.

Tercero. Que éstos constituyan un gasto municipal de pago inmediato é inexcusable.

Cuarto. Que, como consecuencia de ello, los ordenadores de pagos no deben expedir, los contadores ó, en su caso, los regidores interventores intervenir y los depositarios pagar, bajo su personal responsabilidad, libramiento alguno para atender gastos diferibles ó voluntarios, sin que previamente hayan sido satisfechos ó, cuando menos, reservados en caja, á disposición de los interesados, los haberes de los médicos titulares. Se exceptúa de lo prevenido en esta regla el importe de los ingresos ó arbitrios cedidos especialmente en garantía de alguna deuda ó servicio, los cuales seguirán afectos al cumplimiento de la obligación convenida.

Quinto. Que los médicos titulares á quienes, á pesar de cuanto antecede, no se satisfaga puntualmente su sueldo pueden dirigir instancia al alcalde solicitando su abono, y acudir en queja al gobernador, si aquél no proveyere á la instancia en término de quinto día ó lo hiciera en forma incongruente, evasiva ó negativa. El recurso de queja será resuelto en el plazo de diez días, á contar de su ingreso en el Gobierno civil, previa audiencia del Ayuntamiento y del alcalde, y la resolución gubernativa ejecutada inmediatamente, bajo la responsabilidad del último, quien no podrá autorizar ningún nuevo pago sin haber hecho antes efectivo el que fuera objeto del recurso. El alcalde y, en su caso, el gobernador, pondrán inmediatamente en conocimiento de la Dirección general de Administración la presentación de cada instancia ó recurso y, por copia literal, la resolución que adopten.

Séxto. Y que los gobernadores civiles deben aplicar la corrección disciplinaria de amonestación, apercibimiento, multa ó suspensión, según proceda, á los infractores de las anteriores disposiciones.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 15 de Marzo de 1919.—Gimeno.—Señor gobernador civil de..

#### REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr.: Los progresos y transformaciones que de treinta años á la fecha se han realizado en el campo de las ciencias llamadas auxiliares de la Medicina, y que son realmente fundamentales, como la Físicoquímica y la Biología general, han repercutido, como no podía menos de suceder, en las diversas especialidades de la ciencia de curar, y entre ellas grandemente sobre la Hidrología médica.

La Hidrología médica, como ciencia pura y como arte de aplicación, tiene una mayor relación que otra rama cualquiera de la Medicina con la Administración pública por constituir los agentes terapéuticos que maneja una forma de riqueza ligada con el suelo y unida, por tanto, á la economía nacional, cuyo fomento no pueden desatender los Gobiernos.

Exteriorizar esos progresos é innovaciones científicas y fundamentar en una estadística bien hecha la importancia de esta riqueza ha sido en España y en otros países objeto de trabajos y publicaciones especiales, tales son los Anuarios hidrológicos publicados de tiempo en tiempo, conforme lo demandan conveniencias y posibilidades de la Administración.

En nuestra Patria se publicó en 1877 el primero y en 1888 el último Anuario oficial de las aguas minerales que contenían materia doctrinal y estadística, concienzudamente expuestas por doctos miembros del Cuerpo de Médicos directores de baños, y desde fechas tan remotas no he visto la luz pública más que resúmenes de datos de concurrencia.

Por estas razones y visto el art. 55 del vigente Reglamento de baños y aguas mineromedicinales,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido por conveniente disponer:

1.º Que se restablezca la Comisión encargada de redactar el Anuario y estadística de las aguas y baños minerales de España, en cuya publicación se estudiarán: la geología del suelo ibérico, la climatología de nuestro país, los análisis físicoquímicos de las aguas minerales que en él broten, su taxonomía, la nosología de los cronicismos y las estadísticas clínicas y de carácter administrativo que reflejan exactamente el florecimiento ó la decadencia de la industria balnearia.

2.º Esta Comisión la formarán cinco directores de los de rigurosa oposición; tendrá el carácter de permanente; funcionará desde Noviembre á Marzo inclusive de cada año; tendrá la oficina, á ser posible, en el local del Consejo de Sanidad, y la remuneración de este servicio y los gastos de material necesarios serán incluidos en el presupuesto de la Inspección general del ramo.

3.º La redacción del Anuario estará á cargo de una Comisión de médicos directores de baños formada por los doctores D. Manuel Manzanque y Montes, D. Benito Avilés y Merino, D. Ramón Llod y Gamboa, D. Hipólito Rodríguez Pinilla y D. Joaquín María Aleixandre; y

4.º La realización de los trabajos de esta Comisión se facilitará por la Inspección General de Sanidad, proveyendo á los individuos que la formen de los documentos, Memorias y expedientes que obren en este Ministerio y se relacionen con los temas que deben estudiar.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento, el de los interesados y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 12 de Marzo de 1919.—Gimeno.—Sr. Inspector general de Sanidad. (Gaceta 15 de Marzo.)

Ilmo. Sr.: Resultando del acta del concurso celebrado en el día de ayer, en cumplimiento de la orden de convocatoria de 7 de Febrero último para proveer las Direcciones médicas de los Establecimientos balnearios vacantes en la forma que determina el art. 29 del Reglamento de baños; que previa lectura de la expresada convocatoria, de la Real orden de 12 del corriente, por la que se declara de utilidad y se abre al servicio público el Establecimiento balneario de Elgorriaga (Navarra) y el escalafón del Cuerpo, se verificó el sorteo de los médicos reconocedores que determina el art. 162 de la Instrucción general de Sanidad, resultaron elegidos D. Domingo Fernández Campa, D. Dionisio Juste y D. Aurelio García Gavilán; que procediéndose después á la provisión de las Direcciones vacantes y las que vacasen por las circunstancias del concurso, solicitó D. Angel Nieto la Dirección del balneario de Villavieja de Nules (Castellón); D. Enrique Pratosi, la de Jaraba (Zaragoza); D. José Barrientos, la de Fuente Amarga (Cádiz); D. Leoncio Bellido, la de Lanjarón (Granada); D. Ramón Celada, la de San Hilario (Gerona); D. Ciriaco Giner, la de Zuazo (Alava); D. Rafael Fraile, la de Trillo (Guadalajara); D. Rosendo Castells, la de La Puda (Barcelona), y D. Arturo Daza, la de Villaro (Vizcaya);

Considerando que el concurso se ha ajustado á las prescripciones reglamentarias y á las de la convocatoria,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Que se apruebe el expresado concurso, expidiéndose los respectivos nombramientos á los médicos-directores interregados en él, para todos los efectos reglamentarios y del art. 162 de la Instrucción general de Sanidad; y

2.º Que se declare constituida la Comisión reconocedora, á los efectos del ya citado art. 162.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento, el de los interesados y efectos oportunos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 13 de Marzo de 1919.—*Gimeno*.

## REAL DECRETO

A propuesta del ministro de la Gobernación,  
Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo único. Circulará franca por el correo la correspondencia que la «Comisión organizadora del primer Congreso Nacional de Medicina», que ha de celebrarse en esta corte el próximo mes de Abril, expida en las condiciones que determinan el art. 42 del Reglamento de 7 de Junio de 1898 y el Real decreto de 23 de Septiembre de 1908.

Dado en Palacio á 11 de Marzo de 1919.—ALFONSO.—El ministro de la Gobernación, *Amalio Gimeno*.—(*Gaceta* de 18 de Marzo.)

## LEY (1)

Don Alfonso XIII, por la gracia de Dios y la Constitución, Rey de España;

A todos los que la presente vieren y entendieren, sabed: que las Cortes han decretado y Nos sancionado lo siguiente:

Artículo 1.º Se declara con derecho efectivo á pensión del Estado al facultativo que se haya inutilizado ó se imposibilite en lo sucesivo para continuar ejerciendo su profesión, con motivo y por causa de servicios extraordinarios prestados contra epidemia declarada oficialmente, ya sea indígena, ora exótica, siempre que el imposibilitado perteneciese á la Beneficencia provincial, municipal ó general, ó ejerciendo libremente su profesión hubiese prestado dichos servicios en comisión directa del gobernador civil ó del Ministerio de la Gobernación.

La pensión anual referida oscilará entre 800 y 1.500 pesetas, según las circunstancias que ha de determinar el Reglamento, y no será transmisible á la viuda ni descendientes.

Art. 2.º Las viudas y los huérfanos de los aludidos facultativos que hayan fallecido ó fallecieren en adelante á consecuencia de los servicios extraordinarios á que se refiere el artículo anterior, tendrán derecho efectivo, que se les declara, á pensión anual del Estado de 800 á 1.500 pesetas, cuya cuantía graduará, según los casos, el mencionado Reglamento, que deberá tener en cuenta la estimación que merezcan tales servicios, vecindario de la población en que se hubiesen rendido, importancia de la epidemia y edad del fallecido.

Gojarán de la pensión las viudas durante su estado, los hijos varones hasta los veinte años y las hembras hasta que se casen ó profesen en religión.

Si las hijas estuviesen casadas á la muerte de su causante, ó se casaran después, no tendrán derecho alguno á la pensión si llegasen á enviudar.

Art. 3.º Se declaran comprendidos en los artículos anteriores, con derecho á pensión de 1.500 pesetas, los consejeros de Sanidad, los académicos de la Real de Medicina y los inspectores generales de Sanidad, si no tuviesen derecho á otra mayor, que sufrieran los daños de imposibilidad ó defunción de que hablan los artículos anteriores, cuando los padeciesen en comisión del servicio conferido por el Ministerio de la Gobernación en una localidad epidemiada.

(1) Como prometimos á nuestros lectores, reproducimos la ley y reglamento de pensiones para facilitar la tramitación de los expedientes en los cuales sería conveniente que intervinieran los Colegios Médicos.

Los inspectores provinciales que hubieren ingresado por oposición disfrutará en los casos enunciados de una pensión de 1.000 pesetas.

Art. 4.º Los subdelegados de Sanidad que hubiesen desempeñado el cargo sin nota desfavorable, contasen en su desempeño treinta ó más años de servicios y cesasen ó hubieran cesado por la edad que marca el Real decreto de 3 de Febrero de 1911, gozarán de una pensión anual del Estado de 1.000 pesetas en las capitales de provincia y de 800 en las demás poblaciones, en calidad de jubilación remuneratoria de los servicios que vienen prestando gratuitamente.

Art. 5.º El ministro de la Gobernación, en el plazo máximo de seis meses, á contar desde la fecha de esta Ley, oye al Real Consejo de Sanidad y al de Estado, publicará el Reglamento definitivo para la ejecución de la misma.

Por tanto:

Mandamos á todos los Tribunales, justicias, jefes, gobernadores, y demás autoridades, así civiles, como militares y eclesiásticas, de cualquier clase y dignidad, que guarden y hagan guardar, cumplir y ejecutar la presente Ley en todas sus partes.

Dado en Palacio á 11 de Julio de 1912.—Yo EL REY.—El ministro de la Gobernación, *Antonio Barroso y Castillo*.

## REAL DECRETO

A propuesta del ministro de la Gobernación, y en cumplimiento de lo que dispone el art. 5.º de la ley de 11 de Julio de 1912; de conformidad con lo informado por el Real Consejo de Sanidad y el de Estado, y de acuerdo con Mi Consejo de Ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo único. Se aprueba con carácter definitivo el adjunto Reglamento para la aplicación de la citada ley sobre Pensiones del Estado á los facultativos inutilizados ó que se imposibiliten con motivo de los servicios extraordinarios que presten en época de epidemia, y á sus viudas y huérfanos.

Dado en Palacio á 5 de Enero de 1915.—ALFONSO.—El ministro de la Gobernación, *José Sánchez Guerra*.

## REGLAMENTO

para la aplicación de la ley de 11 de Julio de 1912, sobre pensiones del Estado á los facultativos inutilizados ó que se imposibiliten con motivo de los servicios extraordinarios que presten en época de epidemias, y á sus viudas y huérfanos.

Quiénes tienen derecho á pensión.

Artículo 1.º Tendrán derecho al disfrute de la pensión del Estado á que se refiere la ley de 11 de Julio de 1912, todo facultativo del ramo de Sanidad que se haya inutilizado ó en lo sucesivo se imposibilite para continuar ejerciendo su profesión, con motivo y por causa de servicios extraordinarios prestados con ocasión de epidemias reconocidas oficialmente, ya se hayan éstas iniciado y desarrollado en el territorio de la Nación, ya provengan de otros países.

Será condición indispensable para que se declare el derecho al disfrute de la pensión, que el imposibilitado haya pertenecido ó pertenezca á la Beneficencia municipal, provincial ó general, ó, ejerciendo libremente su profesión, hubiere prestado los servicios extraordinarios á que se refiere el párrafo anterior, en virtud de comisión directa conferida por el gobernador civil ó por el ministro de la Gobernación.

La pensión anual á que se refiere la citada Ley de 11 de Julio de 1912 que este Reglamento desenvuelve, no podrá bajar de 800 pesetas ni exceder de 1.500, y no será transmisible á la viuda ni á los descendientes de los que las disfrutaban.

Art. 2.º Tendrán derecho al goce y disfrute de estas pensiones:

1.º Los consejeros del Real Consejo de Sanidad en ejercicio activo.

2.º Los académicos de la Real de Medicina.

3.º Los inspectores generales de Sanidad.

4.º Los inspectores provinciales de Sanidad que hubiesen ingresado por oposición.

5.º Los facultativos, médicos, farmacéuticos y veterinarios que pertenezcan á la Beneficencia municipal, provincial ó general.

6.º Los facultativos, médicos, farmacéuticos y veterinarios que, ejerciendo libremente su profesión, hubieran prestado esta clase de servicios extraordinarios en comisión directa, conferida por el gobernador ó por el ministro de la Gobernación.

7.º Las viudas y los huérfanos de los expresados facultativos, por fallecimiento de éstos, antes ó después de la promulgación de la citada ley, siempre que hubiesen muerto á consecuencia de los servicios extraordinarios que hayan prestados en epidemias oficialmente declaradas.

Tendrán derecho al goce de la pensión: las viudas, mientras permanezcan en su estado de viudez; los hijos varones, hasta los veinte años, y las hembras, hasta que contraigan matrimonio ó profesen en religión.

Si las hijas estuviesen casadas á la muerte de su causante o se casasen después, no tendrán derecho alguno á la pensión si llegasen á enviudar.

#### Quantía de las pensiones.

Art. 3.º Las pensiones que se concederán en caso de inutilización de los interesados serán las siguientes:

1.º A los consejeros del Real de Sanidad, académicos de la Real de Medicina é inspectores generales, 1.500 pesetas anuales, siempre que por algún otro concepto no tuvieren derecho á otra pensión mayor y hubieran estado prestando sus servicios cuando se inutilizaron, en comisión conferida por el ministro de la Gobernación en la localidad epidemiada.

2.º A los inspectores provinciales de Sanidad que hubiesen ingresado por oposición, 1.200 pesetas, siempre que habiéndose inutilizado hubieran prestado sus servicios en localidades epidemiadas ó hubieren sido enviados á ellas en comisión por el Ministerio de la Gobernación.

3.º A los facultativos, médicos, farmacéuticos y veterinarios que pertenezcan á la Beneficencia municipal, 1.100 pesetas; al de la provincial, 1.200, y al de la general 1.200.

4.º A los facultativos que sin pertenecer á la Beneficencia municipal, provincial ó general, y ejerciendo libremente su profesión, hubieran prestado sus servicios en comisión directa conferida por el gobernador civil ó por el ministro de la Gobernación, corresponderán las pensiones siguientes, que se regularán con arreglo á la citada ley, teniendo en cuenta la estimación que merezcan los servicios prestados, vecindario de la población en que se hubiesen rendido y en la que habitualmente se prestaron los servicios, importancia de la epidemia y edad del fallecido, si en este último caso se trata de la pensión á su viuda ó huérfanos.

Poblaciones de más de 200.000 habitantes, 1.500 pesetas.  
Idem de menos de 200.000 y de más de 100.000, 1.300 pesetas.

Idem de menos de 100.000 y de más de 50.000, 1.100 pesetas.

Idem de menos de 50.000, 1.000 pesetas.

Esta misma escala servirá de base para determinar la cuantía de la pensión cuando se conceda, teniendo en cuenta la estimación que merezca el servicio extraordinario prestado, la importancia de la epidemia y la edad del fallecido que cause la pensión.

Art. 4.º Las pensiones que se concederán á las viudas mientras permanezcan en este estado, de los facultativos fallecidos con motivo de los servicios extraordinarios que hubiesen prestado para extinguir ó aminorar los efectos de una epidemia reconocida y declarada oficialmente, así como las que se concedan á sus hijos varones hasta que cumplan los veinte años, y á las hembras hasta que se casen ó profesen en religión, serán las mismas que hubieran correspondido ó de que gozaban dichos facultativos fallecidos ó inutilizados, de las que se ha hecho expresión en los números 1.º, 2.º, 3.º y 4.º del art. 3.º

Art. 5.º Los subdelegados de Sanidad que hubieren desempeñado el cargo, sin nota desfavorable, contasen en su desempeño treinta ó más años de servicio y cesasen ó hubieren cesado por la edad que marca el Real decreto de 3 de Febrero de 1911 (sesenta y cinco años), gozarán de una pensión anual de 1.000 pesetas en las capitales de provincia y de 800 en las demás poblaciones, en calidad de jubilación remuneratoria de los servicios que vienen prestando gratuitamente, sin necesidad de probar que han realizado servicios extraordinarios.

Art. 6.º En los expedientes que se promuevan para solicitar la declaración del derecho al disfrute de pensión, se justificarán indispensablemente: que la epidemia ha sido reconocida y declarada oficialmente; que el solicitante ha prestado servicios extraordinarios para extinguirla, aminorarla ó de algún modo disminuir sus efectos; que se ha inutilizado ó imposibilitado al prestar esos servicios, y carácter según el cual los ha realizado.

Art. 7.º Los que se consideren con derecho al goce de las expresadas pensiones, las solicitarán en instancia extendida en papel de sello de última clase, dirigida al ministro de la Gobernación. Esta instancia se presentará en el Gobierno civil de la provincia en que residan los interesados, acompañando á la misma los documentos necesarios para probar su derecho. El gobernador, oyendo á la Junta provincial de Sanidad, remitirá con su informe el expediente á dicho Ministerio, dentro del plazo de treinta días, que ha de contarse desde el siguiente al en que se presente la instancia debidamente documentada. Cuando se trate de pensiones por viudedad y orfandad, deberá acreditarse el fallecimiento de quien la causa; que las viudas no han contraído segundas nupcias; que los hijos varones no exceden de veinte años, y que las hembras continúan solteras sin haber profesado en religión, presentando al efecto las oportunas certificaciones justificativas.

Art. 8.º El reconocimiento y declaración oficial de la epidemia se probará uniendo al expediente un ejemplar de la *Gaceta de Madrid*, del *Boletín Oficial* de la provincia ó certificación del acuerdo en los que dicha declaración se haya hecho con arreglo á las disposiciones vigentes.

El carácter extraordinario de los servicios deberá probarse por los informes de la Alcaldía y Junta local de Sanidad y declaración de cinco testigos, por lo menos. La inutilización ó imposibilidad del facultativo de que se trate deberá justificarse por certificación expedida por dos médicos,

# SIL-AL

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

los cuales harán constar en ella si se trata de una imposibilidad permanente ó temporal, si fué adquirida durante la epidemia y con motivo de los extraordinarios servicios que hubiera prestado el interesado. Caso de fallecimiento, se hará constar en certificación expedida por dos médicos si la defunción ha sobrevenido por servicios prestados durante la epidemia, por contagio ó por algún otro concepto que con la epidemia se relaciona. El carácter con el que se han prestado los servicios se demostrará por medio de certificación que acredite que el interesado pertenece á la Beneficencia municipal, provincial ó general, ó que ha realizado dichos servicios por orden y según comisión directa que le confirió el gobernador civil ó el ministro de la Gobernación.

Art. 9.º Los facultativos inutilizados ó las viudas y huérfanos de los fallecidos por causa de la epidemia, deberán promover el expediente solicitando la pensión dentro del plazo de seis meses siguientes á la declaración facultativa de imposibilidad ó del fallecimiento. Los interesados que dejasen transcurrir el referido plazo sin iniciar el expediente perderán todo derecho á ulteriores reclamaciones. Este plazo empezará á contarse desde el siguiente día al en que se publique este Reglamento en la *Gaceta de Madrid*, para los que tuvieran derecho á pensión con anterioridad á la fecha de la ley citada.

Art. 10. Preparados los expedientes para su resolución, se oirá, antes de que el ministro de la Gobernación dicte la decisión que proceda, al Real Consejo de Sanidad.

Madrid, 5 de Enero de 1915. — Aprobado por S. M.: *J. Sánchez Guerra*.

**Inspección general de Sanidad.**

En circular de este Centro, de 26 de Octubre de 1917, que publicó la *Gaceta* del día 27 del mismo mes, se dispuso que los directores de Estaciones sanitarias de puertos redactaran un Reglamento para maquinistas, fogueros, celadores-desinfectores, patronos y celadores-marineros, con el propósito de que á cada cual pudiera exigírsele la responsabilidad correspondiente, cuando el material á ellos confiado para su funcionamiento, conservación ó custodia, sufriera deterioros, desperfectos ó averías que reconocieran por causa una negligencia demostrada.

Observa este Centro con extrañeza, produciéndole el natural desagrado, que en muchos casos queda incumplido el Reglamento antes citado, y con su incumplimiento, desatendidos los intereses del Estado que esta Inspección General tiene el deber de defender y el de obligar que los defiendan á los funcionarios de su dependencia; en consideración á lo cual, ha tenido por conveniente disponer:

1.º Que los deberes á que vienen obligados los directores de Estaciones sanitarias de puertos por la Circular de 26 de Octubre de 1917, se hagan extensivas á los directores de las Estaciones sanitarias de fronteras terrestres, en cuanto á éstas afecta.

2.º Que al ocurrir cualquier avería en el material de que están dotadas las Estaciones sanitarias de puertos y fronteras, se proceda por los directores á la práctica de una información para esclarecer los hechos, en la que deberá quedar bien y claramente definida la responsabilidad del que en ella hubiera incurrido.

3.º Que al propio tiempo que los directores notifican á

este Centro los hechos, inmediatamente que hubieren ocurrido, manifiesten también si dispusieron la instrucción de expediente, en el cual consignarán su dictamen, remitiéndolo á esta Inspección General en el más breve plazo posible para ya resolución que en definitiva proceda.

4.º Depurados los hechos y manifiesta la responsabilidad, se aplicarán al causante las correcciones consignadas en el art. 157 del vigente Reglamento de Sanidad exterior.

5.º Los jefes de las Estaciones sanitarias son los inmediatamente responsables de las faltas imputables á sus subordinados, si no justifican debidamente que pusieron de su parte la diligencia necesaria para evitarlas.

Madrid, 17 de Marzo de 1919. — El inspector general, *Manuel Martín Salazar*. — Señor director de la Estación sanitaria de...

**Gaceta de la salud pública.**

**Estado sanitario de Madrid.**

Altura barométrica máxima, 713,8; mínima, 694,9; temperatura máxima, 18º,3; íd. mínima, -1º,3; vientos dominantes N. O. NNO.

El estado que consignamos en nuestro número anterior, en el que preponderaban las enfermedades agudas de los órganos respiratorios, no más numerosas que en análogas fechas, y graves solamente en su determinación neumónica gripal, se añaden en esta semana los numerosos casos de reumatismos agudos febriles y de estados congestivos de los centros nerviosos. También se han registrado localizaciones gripales en las vías digestivas.

En la infancia sigue siendo relativamente satisfactorio el estado de salud.

La mortalidad continúa acusando muy ligero aumento en su cifra habitual,

**Crónicas.**

**Resumen demostrativo.**—Nos facilitan del Ministerio de la Gobernación los siguientes datos:

Resumen total de los expedientes de pensión incoados durante la actual epidemia de gripe y estado de los mismos.

Expedientes incoados y recibidos en el Negociado hasta la fecha.....	111
Pensiones concedidas.....	37
Expediente á informe de la Asesoría jurídica.....	9
— pendientes de despacho POR FALTA DE DOCUMENTOS QUE HAN SIDO RECLAMADOS.....	59
Pensiones denegadas.....	6
<i>Total</i> .....	111

Madrid 9 de Marzo de 1919.

Después de esta fecha, continúan entrando expedientes que se tramitan con la mayor rapidez posible. Como se ve, son injustificables los cargos hechos de memoria acerca de este asunto.

**¿Habilidades ó coincidencias?**—Al componer nuestro número (jueves 20 de Marzo) recibimos los ejemplares de un periódico profesional, órgano de una Asociación defensora de los intereses médicos, y vemos que sus fechas corresponden á los días 8 y 15 de Marzo. Ya con otro colega nos ha ocurrido ver que se publica con un mes ó más de retraso de lo que su fecha dice. Esto, además de ser cosa prevista y castigada por las leyes, coloca á los publicistas de buena fe en una situación imposible, dado que quedan consignadas como *profecías* según su fecha impresa, cosas escritas veinte días después de ocurridas. Somos enemigos de apelar á las autoridades cuando tenemos aún confianza en que los particulares pueden comprender y corregir sus yerros.

**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 y muestras gratis. LABORATORIO PESQUI Prim 25. San Sebastián

**Asunto resuelto.**—Por la Comisión permanente del Consejo de Estado, primero, y por el Pleno de este alto Cuerpo, después, ha sido definitivamente resuelta la cuestión del derecho que asiste á los poseedores del título de doctor, con ó sin reválida, para formar parte del censo electoral de las Universidades. La claridad de los textos legales se ha impuesto al juicio unánime de los consejeros, como también parece que lo había sido á la decisión de los claustros. Es, pues, completamente arbitraria grotesca, y ofensiva la pretensión de que tal juicio se haya dictado por influencia personal de nadie, como parece que se pretende hacer creer á los incautos.

**Vacuna.**—Dosis de vacunaciones suministradas y empleadas en el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII durante los meses de Enero y Febrero:

Al Ministerio, 302.816; al público y establecimientos benéficos y particulares, 14.276. Total, 317.092 vacunaciones. Personas vacunadas, 35.915.

**Meetings de protesta profesional.**—Son muchos los que en diferentes provincias se celebraron el domingo último, según los telegramas que leemos en la prensa política. En todas estas reuniones parece que ha dominado un espíritu de unión y de cordura, que no puede menos de ser eficaz ante el Gobierno y la opinión pública. La expresión de las aspiraciones unánimes de la clase ha sido la del pago por el Estado de los médicos titulares y la del reconocimiento de su carácter de inspectores sanitarios y por tanto de funcionarios del Cuerpo de Sanidad civil, que ya se encuentra consignado claramente en las disposiciones vigentes, pero que por descuido de todos no es un hecho en la realidad.

La reunión celebrada en la Facultad de Medicina de Madrid no fué todo lo importante que hubiera sido de desear, quizás por dificultades de última hora, que hicieron ignorar á los médicos las circunstancias del local y momento tan necesarias en estos actos. La detallada reseña que á nuestras manos llega á última hora, no puede ser hoy publicada. Por de pronto, es de lamentar que de este mitin hayan resultado disentimientos personales que han transcendido á la prensa entre sus gestores, que no pueden menos de debilitar la acción unánime que á todos nos interesa. Para estos actos de aspiración al mejoramiento de una clase, háy que olvidarse de los intereses personales, y que público y Gobierno estén de ello bien convencidos.

**De Sanidad Militar.**—La *Gaceta* ha publicado varios decretos referentes á la combinación que sigue:

Uno disponiendo cese en el cargo de inspector de Sanidad Militar de la primera región, y pase á la situación de primera reserva, el inspector médico de primera clase don José Delgado y Rodríguez.

Otro nombrando inspector de Sanidad Militar, en comisión, de la primera región, al inspector médico de segunda clase D. Eliseo Muro y Morales.

Otro ídem id. id. de la tercera región, al inspector médico de segunda clase D. Fermín Videgain y Anoz.

Otro promoviendo al empleo de inspector médico de segunda clase al coronel médico D. José Pastor y Ojero.

Otro nombrando inspector de Sanidad Militar de la octava región, al inspector médico de segunda clase D. José Pastor y Ojero.

**El estado sanitario en Lisboa.**—El *Boletín Sanitario* de aquella capital dice que en la semana última fueron atacadas en Lisboa de viruela 41 personas, y 31 de fiebre tifóidea.

En Oporto hubo 23 atacados de viruela y 78 de tifus exantemático.

**Sanatorio destruido.**—Comunican de Cristianía, que el sanatorio Veksenkollern ha sido destruido por un incendio; las pérdidas se elevan á 1.800.000 pesetas.

**El país más castigado por la gripe.**—*El Sol* toma del *The Times* un telegrama del Delhi en el que se dice que el Gobierno ha recibido un informe del comisario sanitario Norman White, en que manifiesta que de las investigaciones por él practicadas deduce que ningún país del mundo ha sido tan castigado como la India por la gripe en los tres últimos meses del año 1918.

Sin temor á exagerar, declara que no ha bajado de seis millones el número de personas que han sucumbido de esa dolencia.

De ellas, cinco millones se registraron en la India inglesa, y un millón, en los Estados independientes.

Se ha dado el caso de que el número de muertos fuese mayor entre las tropas inglesas que entre las indias.

**La nueva invasión de gripe. Datos oficiales.**—El gobernador de Madrid, Sr. Romeo, ha manifestado á los periodistas que, efectivamente, se había recrudecido la gripe en Madrid y su provincia. En Fuenlabrada han fallecido algunos de pulmonía infecciosa. De Alcalá telegrafan diciendo que hay casos, habiendo fallecido dos de congestión pulmonar, existiendo 39 graves. Y, finalmente, en Madrid, el número exacto de fallecidos de pulmonía y bronconeumonía es de 16, 12, 20, 22, 15, 16, 14, 22, 24, 20, 27 y 27 del 1 al 13 de este mes.

**Con radium, rayos X y electricidad,** aislados ó asociados convenientemente según indicaciones de las enfermedades, curamos cáncer, lupus, leucoplasias, bocio exoftálmico, reuma, gota, neuralgias, gastralgias, dilatación, tumor ó úlcera gástrica ó intestinal, colitis muco-membranosa, prostatitis, cistitis y metritis crónicas, espermatorrea, tumores graves, cataratas en período de formación y en ocasiones las ya formadas, úlceras, opacidades córneas, enfermedades piel ó cuero cabelludo, cicatrices deformes, afecciones crónicas imposible mejorarlas con ningún otro medio. Princesa, 58, Instituto Radiumterápico. Aplicaciones económicas.

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

**IODASA BELLOT**  
Solución titulada de IODOPEPTONA

**IODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE**  
3 gotas: 1 centigramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.—Todas las indicaciones del iodo y los ioduros. Sin iodismo.

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.

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

Muestras y prospectos: **F. BELLOT**

Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

**SOLUCION BENEDICTO**  
Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

**AGUAS Y BALNEARIO DE MARMOLEJO**

Carbónicas, bicarbonatado-sódicas, magnésicas, cálcicas, litínicas débilmente ferruginosas.

De creciente éxito en el tratamiento de enfermos del estómago, hígado, bazo, riñones, vejiga, intestinos, diabetes sacarina, cloro-anemia, etc.

Abierto al público de 1.º de Abril al 30 de Noviembre.

Estación de ferrocarril á siete horas de Madrid y cuatro de Sevilla.

DEPÓSITO EN MADRID:

**Sagasta, 14. — Teléfono J. 274.**

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.