

# EL SIGLO MEDICO

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

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Influencia de la próstata en las infecciones vesicales, por el Dr. Pedro Cifuentes.— I Congreso Nacional de Medicina, por el Dr. Enrique Suñer.— Gripe de 1918, por el Dr. Casto Martín González.— Nuevo tratamiento quirúrgico del estrabismo, por el Dr. B. Castresana.— Periódicos médicos.— Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.— Cómo se sostiene un Colegio de huérfanos.— Atropello inexplicable, por Manuel Martínez.— Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo.— Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.— Crónicas.— Vacantes.— Correspondencia.— Anuncios.

## Influencia de la próstata en las infecciones vesicales

(A PROPÓSITO DE UN CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO)

POR EL

DR. PEDRO CIFUENTES

Del Hospital de la Princesa.

La vía uretral es una de las puertas de entrada de los microbios en la etiología de la cistitis. Esta vía ascendente puede admitirse, como la más frecuente en las infecciones vesicales. Siguen después, la vía renal ó descendente, la vascular ó sanguínea y la trasparietal ó directa.

Reconocido es el hecho de la inmunidad natural de la mucosa vesical á las infecciones, mejor dicho á la infección rápida por contacto de los microbios con ella. Esto se ha observado en muchos casos de supuraciones renales y bacteriuria, en los cuales la vejiga permanece indemne á pesar del continuo paso y contacto del pus y los microbios con la mucosa vesical. Y es que, además de la entrada del microbio, se necesitan ciertas condiciones que disminuyan la resistencia del terreno ó que exalten la virulencia de aquél.

La retención de orina es una, quizás la más importante, de las causas predisponentes á la infección. Tienen también valor en esa predisposición, la congestión, los enfriamientos, las transgresiones del régimen, abusos de alcohol, etc., etc.

La próstata desempeña un papel de gran importan-

cia en la etiología de esas infecciones y podemos admitir dos mecanismos en esa acción.

Es el primero el originado por la retención vesical, de causa prostática (hipertrofia y prostatitis aguda). En estos casos la retención urinaria, total ó parcial, coloca á la vejiga en condiciones de receptividad para la infección, puesto que la retención favorece la congestión, circunstancia favorable á la acción microbiana. Procedan los microbios de la uretra, por cateterismo, ó del riñón (por vía descendente), la vejiga con retención se infectará siempre.

Todos saben que al principio de la evolución de la hipertrofia de la próstata, la orina es limpia, aséptica. Estos enfermos acaban por infectarse y para esa infección no hace falta que los microbios entren por vía ascendente producida ó favorecida la infección por los cateterismos. No hace falta ese mecanismo para infectar la vejiga; ésta se infecta por microbios que descienden en la orina, del riñón ó que pasan á la vejiga por vía sanguínea procedentes de absorciones intestinales; tal ocurre con el colibacilo, causante principal de las infecciones del aparato urinario.

Se observan prostáticos, retencionistas, que han sufrido sus primeras molestias de trastornos de la micción, sin llegar á la retención completa y sin haberse sometido á tratamiento, en los cuales cuando acuden al médico general ó al especialista, tienen ya la orina purulenta antes del primer cateterismo, y en los cuales hay síntomas evidentes de cistitis, cuyos trastornos son



los que le han hecho ponerse en tratamiento. La importancia de la próstata produciendo retención, no puede negarse en la patogenia de esas cistitis.

El otro modo de influir la próstata en la infección vesical pudiéramos llamarle por acción directa. Es debido á propagación de la infección desde la próstata á la vejiga.

Sabido es que las secreciones de las glándulas prostáticas que se vierten en la uretra prostática, pueden caer en parte en la vejiga venciendo la débil tonicidad del esfínter liso. Otras veces las glándulas más cercanas al cuello vesical y en especial las llamadas subvesicales pueden estar infectadas y verter sus secreciones purulentas en las proximidades de ese cuello. Se comprende que si por otras causas la vejiga está en condiciones de receptividad, pueda ser infectada por este mecanismo. Bajo la acción de una retención, de la congestión, de enfriamientos, ó de transgresiones alimenticias, pueden producirse accesos de cistitis en esas condiciones cuya causa de aparición y de sostenimiento radica en la próstata infectada.

También se han observado algunos casos (raros) de abscesos prostáticos abiertos en la vejiga y que han producido cistitis. Desnos y Nicolich han publicado observaciones de esta naturaleza, y también Perearnau ha observado dos casos.

Yo he observado algunos casos de cistitis provocada y sostenida por infecciones prostáticas. En casos de antiguos urinarios con uretritis y prostatitis muy crónicas, en los que hay cistitis no muy intensas pero sostenidas, puede admitirse que la causa de la cronicidad en esa cistitis es la lesión prostática, y para tratar aquella, es preciso hacer el tratamiento de la prostatitis con masajes prostáticos y aplicaciones diatérmicas si fuese preciso.

En otros casos, y yo he observado tres de esta clase, la cistitis aparece por crisis; en el curso de la prostatitis crónica hacen de repente su aparición los síntomas de cistitis casi siempre favorecidos por un enfriamiento ó un abuso de bebidas.

Los síntomas (polakiuria, dolor y purulencia de las orinas) son muy marcados. En uno de nuestros casos constituían un estado de verdadera cistitis aguda, con micción cada quince minutos y capacidad disminuída á la distensión á 60 c. c. Estos síntomas tienden espontáneamente á mejorar con el reposo y baños calientes, aunque no á desaparecer del todo y únicamente desaparecen y obedecen bien al tratamiento de masajes, instilaciones vesicales, irrigaciones rectales y reposo, unido al tratamiento por la urotropina.

Como caso curioso, interesante de esta clase, voy á citar la siguiente observación:

J. U., de cincuenta años, sin antecedentes venéreos, se presenta á nuestra observación en Diciembre de 1916. Desde hace dos meses padece frecuencia de orinar, cada hora ó hora y media por el día; por la noche tres veces. Estos síntomas han aparecido con ocasión de un viaje hecho á América y se aliviaron con una medicación que en los Estados Unidos le prescribió un especialista, pero no desaparecieron del todo. Tiene po-

lakiuria, algún escozor al principio y final de la micción.

La orina ligeramente turbia, con algunos filamentos.

Calibre uretral, normal. Capacidad vesical de 180 centímetros cúbicos.

Análisis de orina (Dr Pittaluga):

Cantidad = 1220.

Urea = 27.

Cloruros = 14,10.

Acido úrico = 0,46.

Sedimento = Leucocitos, hematíes, cristales de uratos. No hay bacilo de Koch.

Inoculación al cobaya; negativa.

Por tacto rectal se aprecia la próstata de superficie irregular sin gran aumento de volumen, sensible á la presión y dando salida por expresión á jugo prostático turbio. No hay retención vesical.

Por parte de uréteres y riñones, no se aprecian síntomas.

Diagnosticamos *prostatitis* y *cistitis* y comenzamos el tratamiento con lavados uretrovesicales seguidos de masaje prostático, alternando en otros días con instilaciones vesicales con nitrato de plata al 1 por 100.

Los síntomas de cistitis se alivian y desaparecen, quedando la orina clara con raros filamentos; pero el enfermo acusa una molestia que no desaparece y que principalmente le aqueja al estar de pie y al sentarse; dice que es un peso en el periné, una sensación dolorosa por delante del recto y que corresponde al lóbulo izquierdo de la próstata en que se nota al tacto un punto algo indurado.

En vista de esta persistencia continuamos el tratamiento con masajes prostáticos, dos ó tres á la semana, pero las molestias van cediendo lentamente.

Con motivo de cualquier enfriamiento la orina se enturbia y aparecen síntomas de cistitis (polakiuria y escozor), que ceden en pocos días al tratamiento de las instilaciones.

El examen bacteriológico del sedimento urinario en una de esas crisis de cistitis, sólo permite encontrar el *bacillus coli*.

En Abril de 1917 por examen cistoscópico se aprecia la mucosa próxima al cuello y especialmente la de la región subcervical, edematosa y con alguna mucosidad. El resto de la vejiga y los orificios ureterales normales.

El enfermo mejoró de estos síntomas desapareciendo la cistitis, pero quedando siempre, aunque atenuada, la sensación de punzada en región prostática.

Pasa el verano de 1917 y en Septiembre del mismo se reproduce la afección con los mismos síntomas de cistitis, muy agudizados y molestos. Nuevo tratamiento con instilaciones y después masajes, los cuales dan salida á exudados prostáticos. Notable mejoría que dura dos meses.

Se reproduce el mismo estado en Diciembre de 1917, continuando con alternativas de alivio y recaídas durante todo el invierno. Sometido á tratamiento, los síntomas (polakiuria y dolor) ceden; pero dejando dos

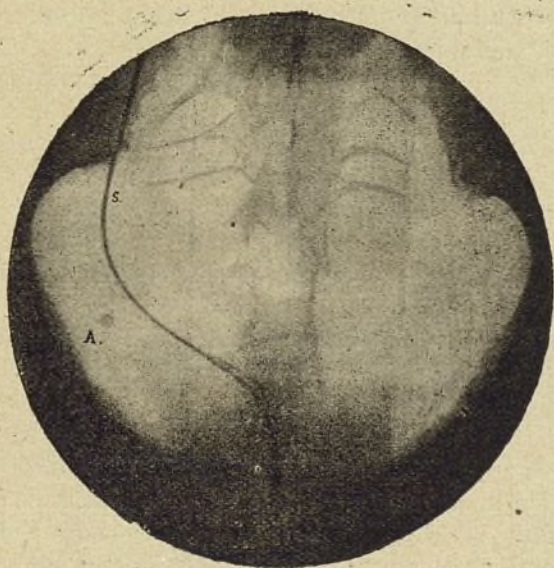


ó tres semanas de cuidarse, el cuadro patológico reaparece.

*Diciembre de 1917.*—El exudado prostático se recoge y es analizado por el Dr. Falcó, encontrándose leucocitos abundantes y colibacilos.

*Enero de 1918.*—Con motivo de un viaje á Barcelona es visto en aquella capital por un distinguido especialista, el cual diagnostica al enfermo de *cálculo de la extremidad inferior del uréter izquierdo*, fundándose en el intenso dolor á la micción durante las crisis de cistitis.

Hecha una radiografía en la misma capital, se afirma por el radiólogo que tiene una sombra de cálculo del tamaño de una lenteja detenido en el tercio inferior del uréter izquierdo. Esta afirmación produce en el enfermo el estado moral que es de suponer. Viene á Madrid bajo la impresión de ese diagnóstico y hacemos que le sea practicada una radiografía por el Dr. Ratera, en la cual se aprecia la pequeña sombra diagnosticada de cálculo y que este distinguido radiólogo califica de flebolito. Así es nuestra opinión también, pero sabido es la sugestión que ejercen en los enfermos las ideas referentes á ciertas afirmaciones sobre padecimientos, especialmente cuando sus molestias son rebeldes á los tratamientos.



A = Sombra de flebolito.

S = Sonda ureteral opaca colocada en el uréter.

Su estado continuaba idéntico. Sólo una molestia de punzada ó peso en región prostática, y de cuando en cuando una crisis de cistitis que desaparecía fácil y rápidamente en un tratamiento de cuatro á seis días.

No obstante, por su estado moral, decidimos hacer una exploración detenida de uréteres.

En Febrero de 1918 hicimos cateterismo ureteral de los dos lados en dos sesiones. El uréter derecho, permeable, daba orina clara. El uréter izquierdo, también permeable en toda extensión, á sonda del núm. 7, daba salida también á orina normal y en su trayecto no encontramos obstáculo alguno.

Convencidos estábamos de que la sombra que aparecía en la radiografía no correspondía por su posición

al trayecto del uréter, pues estaba situada por afuera del sitio que corresponde á ese trayecto, y para tranquilidad del enfermo decidimos hacer una radiografía de esa misma región, colocando previamente una sonda ureteral opaca en el uréter izquierdo.

Esta exploración la hicimos en el gabinete radiológico de los Dres. Ratera. Hecho el cateterismo cistoscópico y colocada la sonda ureteral opaca, el enfermo fué colocado en la mesa de exploración y hecha la radiografía. En ésta aparece la sonda ureteral, bien aparente y separada de la sombra (flebolito) por un espacio de un centímetro, quedando dicha sombra muy por afuera de la sonda ureteral. (Véase la figura).

Este resultado fué un alivio notable para el estado moral del enfermo. Su género de vida, activo, dedicado á la dirección de importantes negocios industriales, era en ocasiones un obstáculo para la constancia que el tratamiento de su afección requería, y al mismo tiempo la preocupación de que su enfermedad le impidiese el atender sus ocupaciones, llegaron á producir en él un estado de depresión moral muy marcado, que como decimos fué desapareciendo *al convencerse* de aquél error diagnóstico.

Coincidió esto con empezar una muy notable mejoría, alcanzada con un tratamiento más constante y siempre á base de masajes y de instilaciones vesicoprostáticas con nitrato de plata y colargol. La sensación de punzada fué desapareciendo y ya en el verano de 1918 apenas le molestaba.

La última crisis de cistitis, ya muy atenuada, la sufrió en Octubre del mismo año, mejorando después y apenas sintiendo los efectos de su prostatitis.

Ha sido de notar en la historia de este enfermo que los síntomas han ido apareciendo en las diversas crisis, cada vez con menos intensidad.

La prostatitis padecida es una prostatitis del grupo de las *no gonocócicas*, producidas por infección colibacilar, por vía vascular. Esta prostatitis, vaciando sus secreciones glandulares en la vejiga, ha producido las crisis de cistitis más ó menos agudas y marcadamente se ha visto influenciada esa aparición por el efecto del frío, pues el mismo enfermo se daba cuenta de que un enfriamiento le favorecía la recaída.

El enfriamiento es causa admitida por los autores como predisponente á la infección vesical como preparador de la receptividad del terreno, y la influencia de la próstata en la producción de la cistitis, es un hecho innegable en este caso que hemos expuesto.

## I CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA

### Sección séptima. Paidopatía, puéricultura, maternología y eugénica.

#### RESUMEN DE LOS TRABAJOS DE ESTA SECCIÓN

POR EL

DR. ENRIQUE SUÑER

Catedrático de la Facultad de Valladolid.

La impresión dominante del resultado de las sesiones celebradas por la Sección séptima del Congreso, en



el que escribe estas líneas, es la seriedad de la labor realizada.

No han surgido notas impresionantes ni trabajos que dieran lugar a muy vivas controversias; pero en cambio se ha visto una tendencia a trabajar sólidamente en los pediatras españoles, que han colaborado en el éxito indiscutible de esta Sección.

Los temas oficiales fueron: «La tuberculosis gangliopulmonar en la infancia» y el «Estudio clínico y tratamiento de las colitis infantiles». El primero, desenvuelto en dos partes por el Dr. García del Diestro y por el autor de estas líneas; el segundo, desarrollado por el Dr. Romeo Lozano.

Difícil es aportar algo nuevo en los tan debatidos problemas de la tuberculosis. Prescindiendo por una razón natural de la parte que a mí modestamente me toca en esta labor, he de indicar el acierto con que fué tratada la sintomatología por el Dr. García del Diestro, quien dió pruebas de sagacidad y de competencia clínica envidiables.

Algo análogo debe decirse del Dr. Romeo Lozano, quien en su estudio sobre las «Colitis infantiles» puso de relieve la significación patológica de las mismas y dió muestras de su perspicacia como médico y de la experiencia que tiene acumulada en este orden de hechos.

Numerosas comunicaciones fueron leídas; pero sobre todo, más que por el número se destacaron por la sinceridad con que fueron escritas, las siguientes:

Dr. Malo de Poveda. Presentó dos, sobre los temas «Notas y cifras que pueden ser base en España de una buena organización antituberculosa oficial» y «Matrimonio y tuberculosis».

Dada la reconocida competencia de su autor en estas cuestiones, no es de extrañar que ambos asuntos fueran tratados con el relieve y la importancia social que tienen.

El Dr. Sáinz de los Terreros presentó un «Estudio del tratamiento por los cuerpos inmunizantes de Spengler», que dió motivo a una intervención muy acertada del Dr. Aguilar Jordán. Ambos señores muéstranse partidarios de este tratamiento específico.

También presentó una interesante comunicación el Dr. Sáinz de los Terreros sobre la «Inspección médico-escolar en Madrid», en la que pone de relieve todo cuanto hace falta corregir para que pueda dar los resultados de utilidad que se desean.

Tanto en estas comunicaciones como en las discusiones habidas con diferentes motivos, demostró Sáinz de los Terreros pertenecer a lo más valioso de la juventud médica española dedicada al cultivo de la Medicina infantil.

Dos jóvenes de mucho porvenir y llenos de entusiasmo son los Dres. Bravo y Muñozerro, quienes probaron la vocación en sus comunicaciones: «Contribución al estudio de la patología y sintomatología de la tuberculosis infantil» y «La mortalidad en las Inclusiones». En este último tema rompieron una lanza en pro de la reforma de estos arcaicos establecimientos, cuya actual existencia es en realidad un bochorno para nosotros.

Una nota muy curiosa leyó el Dr. Garrido Lestache sobre un «Caso raro de deformidad congénita de los miembros superiores».

«La adrenalina en el tratamiento del raquitismo» fué el tema de la comunicación hecha por el Dr. Corominas, y su enunciación simplemente hace ver la significación del mismo, ya que desde los trabajos de Stölzner se discute el aleance patogénico y terapéutico que tienen sobre el raquitismo las cápsulas suprarrenales.

«Los trastornos de la nutrición de los niños en su relación con el raquitismo común» fué el asunto de otra comunicación presentada por el Dr. Pereda Elordi, quien demostró en ella el modo concienzudo que tiene de trabajar este brillante clínico.

El Dr. Fisac expuso con amena retórica el asunto «Perniciosa influencia del cinematógrafo en los niños».

Acerca del «Criterio fisiológico de la lactancia artificial» leyó una comunicación el Dr. Aguilar y Jordán, de Valencia, tan ventajosamente conocido por otros brillantísimos estudios. En dicha comunicación se expuso de una manera muy completa todo el problema fundamental de esta forma de lactancia y se hizo ver la utilidad que envuelve el sistema americano de los Milk-Laboratory, que tanto deben a Morgan Rotch.

Una metódica exposición de la obra encomendada al «Instituto de Puericultura de Reus» fué objeto de otra comunicación del Dr. Frías.

El Dr. García Vicente presentó una «Contribución al tratamiento de la laringostenosis aguda» que presentaba la novedad de deducir algunas conclusiones muy en pugna con el criterio dominante en esta materia.

«Las gastroenteritis infantiles», por los Dres. Llorens y Mateo; «Los resultados obtenidos con la leche aluminosa», por los Dres. Bravo y Muñozerro; la «Antitoxina diftérica», por los Dres. Megías; la «Industria de nodrizas», por el Dr. Hernández Ibáñez; la «Reacción de Petretakis en el diagnóstico y pronóstico de la tuberculosis infantil», por el Dr. Tejero; las «Afecciones purulentas de las vías urinarias en la infancia», por el Dr. Romeo Lozano; «Reducción de la mortalidad infantil», por el Dr. Franco; y «Presentación de un instrumental para entubamiento laríngeo», por el que suscribe, completaron la exposición de comunicaciones, que dan idea de la actividad profesional de los pediatras españoles y también de la extensión de asuntos de esta enciclopédica especialidad.

En la última sesión fueron aprobadas conclusiones que se elevaron al Congreso, las cuales comprendían los asuntos siguientes: Necesidad de intensificar la lucha antituberculosa por medio de sanatorios, obra de Grancher y escuelas al aire libre; transformación de las Inclusiones en Institutos de Maternología y Puericultura, con protección a los ilegítimos é hijos de nodrizas; establecimiento de las enseñanzas de Puericultura y Maternología en Escuelas normales y otros Centros docentes; refuerzo de la enseñanza de la Inspección médico-escolar en las cátedras actuales; establecimiento de comités protectores de Puericultura; Matrimonio eugénico en los tuberculosos, y aspiración, finalmente, a que



se cumpla mejor que hoy se hace la ley de Protección á la infancia.

No puede negarse, después de esta exposición, que la Sección de Pediatría cumplió como buena, y puso cuanto estuvo de su parte por lograr un franco éxito en el primer Congreso Nacional de Medicina.

## GRIPLE DE 1918

POR EL

DR. CASTO MARTÍN GONZÁLEZ

Médico titular de Ven'as con Peña Aguilera (Toledo).

### Terapéutica.

La empleada ha sido sintomática presidiendo un criterio eminentemente ecléctico y procurando amoldarla al caso clínico; bien que dentro de este eclecticismo se sujetará á un principio de carácter más ó menos general, procurando llenar las indicaciones ya causales ó patogénicas ó las derivadas del individuo enfermo. Pero, á decir verdad, he de confesar que ante los primeros casos graves con síndrome hipertóxico, tuve momentos de sorpresa y de vacilación al instituir el tratamiento. Estos casos, clínicamente considerados, diferían tanto de los observados en la epidemia de primavera y aun de los más graves de la del año 1890 (que también asistí en este pueblo), que no se parecían en nada en punto á aparato sintomático, ni en el sello de tan marcada gravedad que iban acompañados. Por esto había de buscar la inspiración terapéutica en los principios generales que rigen, según la expresión sintomática de cada sistema ó aparato orgánico, ó mejor, según su fisiología patológica, llenando siempre la indicación especial de cada individuo.

Yo no sé si para los demás médicos españoles ha sido como para mí una sorpresa esta gripe (ya sea sola ó asociada, que hasta ahora la cosa no está todavía lo suficientemente clara y hay muchas incógnitas que resolver, probándolo la literatura profesional y científica, tan diversa y tan variada), que tantas víctimas ha causado, y cuyo polimorfismo ha dado lugar á tantas dudas á los clínicos que han asistido enfermos en localidades donde se presentó con mayor virulencia. Por esto también muchos que hemos asistido neumónicos de forma hemorrágica, hemos también necesitado estudiar la literatura de la peste bubónica, para encontrar en las descripciones de la neumonía pestosa, algo que se le parezca. Robin, en su tratado de Terapéutica, dice que es muy frecuente que en la neumonía pestosa se encuentren otras asociaciones microbianas, sobre todo con el de Pfeiffer, que la dan cierto parecido á la gripal, como dicen que sucedió en la padecida en la Manchuria. Y no tiene nada de extraño que así suceda, después de tanta confusión, de tanta sorpresa; y más si se tiene en cuenta la manera de importación de la gripe en España, siguiendo dos vías de invasión desde Francia; una la de Irún, por la línea de Medina hasta Portugal por los trabajadores portugueses; otra la de Port-Bou, por la costa de Levante, seguida por los emigrantes españoles que infectaron Cataluña, Valencia, Caste-

llón, etc. Y como Francia en estos momentos está en constante comunicación con el Oriente asiático por el traslado de tropas á la metrópoli, y en las líneas francesas hay tal mezcolanza de hombres y razas, y por otra parte, Inglaterra tiene también en el frente francés tropas de la India, no sería una cosa extraordinaria que entre estas tropas hayan ocurrido casos de peste, tomando en el suelo europeo, al naturalizarse en él y convivir con otras especies morbosas, como la gripe, haya tomado un carácter híbrido que participara de las dos entidades nosológicas, concurriendo á formar una nueva especie.

Yo bien sé que esta hipótesis es muy atrevida, puesto que no está basada en ningún hecho biológico de carácter experimental, sino únicamente en razones de sentido común, que los hechos clínicos parecen dar más vigor y fuerza.

Hasta hoy es un hecho positivo lo que los bacteriólogos nos dicen, que en la epidemia actual son raras las veces que en los esputos, boca, nariz, etc., se encuentre el bacilo de Pfeiffer, y esto en los casos leves; no encontrándolo en los graves y mortales, antes bien, en estos sólo asociaciones bacterianas del estreptococo y neumococo. Pero es más, Nicolle y Lebailly dicen que el agente productor de la gripe es un virus filtrable que inoculado produce la enfermedad. Ahora bien, si esto último es cierto, el bacilo de Pfeiffer no es el agente específico de la enfermedad tenida hasta ahora por gripe; el bacilo de Pfeiffer sería un bacilo vulgar que vive en simbiosis con otros y que acaso se exalta su virulencia para producir fenómenos puramente catarrales y nada más. Y si la enfermedad inoculable por el virus filtrable de Nicolle es idéntica á la padecida en esta epidemia, y ésta tiene otros caracteres diferenciales de la gripe vulgar que todos hemos conocido, se trata entonces de una nueva entidad patológica, siendo así que ese virus sólo se encuentra en los enfermos que padecen esta forma. De todos modos es muy cierto que hay que poner un interrogante á la palabra gripe, cuando se hable de la enfermedad padecida en la epidemia actual.

Todas estas consideraciones que parece no estar en el lugar apropiado, tratándose de un asunto de terapéutica y que debieran estarlo en la parte que trata de la epidemiología, fueron y son sugeridas por la inutilidad de los remedios empleados en los casos complicados de neumonía, sobre todo en la forma hemorrágica y exantemática, observada y descrita en el lugar correspondiente, donde todos los esfuerzos fracasan, y el aspecto del enfermo impresiona al clínico como en ninguna otra enfermedad. Sirva, pues, esta aclaración para dar cabida á lo anteriormente expuesto; y pasemos á ocuparnos de la terapéutica aplicada, para lo cual haremos un resumen crítico de los medios empleados.

**Sueroterapia** — Se han usado los sueros, normal equino, antidiftérico, antineumocócico y el autosuero.

El antidiftérico se empleó en inyecciones subcutáneas y al interior.

Los inyectados fueron siete, cuatro mujeres, dos hombres y un niño.

Dos mujeres con neumonía; una grave, se dan 80



centímetros cúbicos y muere; otra con 40 c. c., forma atenuada, se cura.

Otras dos mujeres, una con gripe y congestión de las bases, 40 c. c., en dos días se cura.

La otra con laringitis intensa crupal, embarazada, sin localización pulmonar; 80 c. c., en tres días se cura, convalecencia larga y no se interrumpe la gestación.

Un hombre con gripe intensa, se presenta neumonía en el sexto día, con delirio, vómitos y diarrea; se ponen 40 c. c. en veinticuatro horas y fallece.

Un niño con laringitis crupal que padeció difteria, se ponen 20 c. c. y cura.

Ingerido el suero se usó en 10 ó 12 enfermos, unos con gripe sin complicaciones en el período de invasión, otros complicados.

Una mujer y una niña toman 40 y 60 c. c., respectivamente, en el período de invasión, y curan sin otra medicación.

Un niño toma 20 c. c., con síntomas laríngeos, ronquera, tiraje; se cura.

En los demás enfermos, todos con neumonía, fracasó el suero, si bien se emplea en estados muy graves. De éstos, una joven de veinte años absorbe entre ingeridos é inyecciones 80 c. c. con neumonía y laringitis crupal, no viendo efectos favorables. Era de forma hipertóxica y bulbar.

Hago la salvedad que en la época que se usó el suero en ingestión, fué casi impuesta esta terapéutica por la publicidad dada al artículo del Dr. Maestre en el *Heraldo de Madrid* sobre la acción del suero antidiftérico en la gripe, en que las familias le pedían como remedio soberano, agotándose las existencias de este pueble y la de los circunvecinos en cuarenta y ocho horas.

En resumen, el suero antidiftérico en inyecciones ha curado cinco veces de siete en que se ha empleado. Un hombre, tres mujeres y un niño.

Ingerido, sólo dos veces curó entre unos 10 ó 12 enfermos, fracasando en los demás.

El equino se empleó en dos casos; dos muchachos de veinte y veintidós años, uno con neumonía hipertóxica y complicación bulbar, falleciendo al séptimo día; otro con bronconeumonía congestiva, tipo adinámico. En éste se emplearon á la vez el antidiftérico y antineumocócico, curando el enfermo después de más de cuatro semanas, sobreviniendo en la convalecencia fenómenos séricos.

Se puso lo que se encontró en la capital, porque en aquellos días había una carencia absoluta de toda clase de sueros, motivada por el enorme consumo que determinó el artículo del Dr. Maestre.

En el caso primero, se recogió de una sangría hecha asépticamente una cierta cantidad de suero, de la que se la inyectaron 5 c. c. sin resultados favorables.

En síntesis, la acción del suero antidiftérico ha resultado eficaz como se ha visto en algunos casos, ya ingerido ó inyectado. Parece que su acción beneficiosa sólo hay que buscarla en los comienzos del proceso, por cuanto, cuando se empleó en estados de avanzada infección, á pesar de usar dosis convenientes, fracasara, siendo su acción más segura y rápida cuando se inyecta

que cuando se ingiere. De los otros sueros no se puede formar juicio definitivo por falta de elementos para ello.

En cuanto á la manera de obrar el suero antidiftérico en la gripe, yo creo que es análoga á cuando se emplea en el tratamiento de otras enfermedades no diftéricas, que por su acción polivalente de todos conocida las cura ó las alivia. Tal sucede en algunas formas de neumonía franca (no en todas) cuya acción curativa es evidente, en la angina escarlatínica grave, en algunas laringitis agudas no diftéricas y, en general, en todos los procesos anginosos, sin mentar la acción hemostática en las epistaxis rebeldes, aunque aquella parece ser patrimonio de todos los sueros.

*Emisiones sanguíneas.*—Se emplearon generales y locales, las primeras para combatir los edemas y congestiones pulmonares que como complicación frecuente ocurrieron, ya en neumonías, ya en estados de agobio pulmonar, ocasionados por diversos motivos.

Entre éstas, la gestación concurriendo con neumonía, determina siempre dilatación aguda del corazón derecho, y, por tanto, remanso más allá del obstáculo, y yo entiendo que no puede haber otra medicación ni más racional, ni más eficaz (puesto que casi siempre se llena una indicación vital) que este medio que obra mecánicamente desaguardo un encharcamiento, y por ende, vigorizando la energía cardíaca. No hay que preocuparse por los prejuicios que contra este medio han existido; si la indicación se presenta, debe llenarse sin vacilaciones. Ella (la sangría) no determina por sí ni el aborto, ni el parto prematuro, antes bien le evita, como algunas veces ocurrió, y si aquél tiene lugar, más bien hay que atribuirlo á la muerte del feto por la intoxicación aguda que sufre la madre. Es, y parece una paradoja, que en una enfermedad de suyo tan deprimente como la gripe, haya que recurrir á un medio tan expoliador; pero en buena terapéutica, no hay que olvidar que siempre que una indicación se presente, sin que haya otras causas que la modifiquen ó contraindiquen, debe llenarse, ya sea ésta vital, sintomática, etc. Y, sin embargo, en la gripe no se puede prescindir de este medio, por ser enfermedad donde las congestiones súbitas se presentan con mucha frecuencia.

Las emisiones sanguíneas locales se usaron menos veces, sólo para combatir aquellas localizaciones perfectamente limitadas en las bases pulmonares, y que iban acompañadas de punta de costado, obteniéndose algún beneficio. Sin embargo, en un muchacho que en la convalecencia de la gripe por imprudencia contrajo una pulmonía, se le aplicaron una sanguijuelas, con orden de dejarle sangrar. Tanta fué la sangre extraída, que la familia alarmada me buscó y no sin razón, pues había tenido lugar una hemorragia tan grande que equivalió á una buena sangría. El efecto fué muy beneficioso, el dolor y la disnea habían desaparecido y el proceso evolucionó de una manera normal.

*Revulsivos.*—Muy contadas veces se han usado los vejigatorios, y esto después de asegurarse de la integridad renal, y alcanforándolos. Sin embargo, en los estados subagudos con persistencia en las localizaciones



pulmonares bien limitadas, creo que son útiles; descongestionan y favorecen la resolución del proceso.

Las cataplasmas sinapizadas, los baños y envolturas sinapizadas en los niños se han prodigado procurando mantener en la piel del tórax un estado de rubefacción constante. Son medios de los que no se puede prescindir; que si útiles en las formas medianas, huelgan en las graves.

**Hidroterapia.**—En los niños, los baños, las envolturas frías; medios son tan útiles y tan corrientes y de tan fácil aplicación, que se puede decir que, salvo contraindicación (colapso), se emplearon en todos los casos.

En los adultos no fué tan fácil su empleo, que si bien la envoltura y la sábana mojada se usaron siempre que pudo ser, para rebajar temperaturas y tonificar el sistema nervioso y buscar el efecto revulsivo sobre el tórax, no así el baño general por falta completa de personal que le pudiera poner en práctica, pues bastante hacían las familias con atender á otros cuidados.

Como siempre, el agua metódicamente aplicada produce sus efectos, y aquí también los produjo; y si no siempre curó, al menos procuró alivio y sueño en muchos enfermos.

**Quimioterapia.**—La aspirina en las formas dolorosas no complicadas y sólo en los primeros días de enfermedad, es medicamento útil. La quinina después, en las de sintomatología grave, á dosis medias ( $\frac{1}{2}$  gramo diario) que van acompañadas de escalofríos repetidos, suprime éstos y tonifica el sistema nervioso. La ipecacuana en infusión para combatir estados congestivos, sola ó asociada á la codeína cuando la tos es seca y penosa, produce alivio siempre que no se llegue á dosis nauseosas, y aun así los efectos son beneficiosos. La polígala, sola ó con aquélla, ya se ha hecho costumbre de recetar en los procesos catarrales, y con las sales de amoníaco, también se administró en esta epidemia.

Pero en las formas adinámicas que fueron las más, se prodigó el alcohol con la quina, cola y demás excitantes; es remedio del cual no se puede prescindir.

Para tratar el síntoma hemorragia, se usó ya la ergotina, el cloruro de calcio ó la adrenalina y, á excepción de contados casos, con escaso éxito, fracasando en las neumonías de tipo hemorrágico.

El aceite alcanforado, la cafeína, la esparteína con la estricnina, en inyecciones hipodérmicas se usaron con verdadera prodigalidad, según los casos y el síntoma dominante. Muchas veces fracasaron, tantas cuantas la taquicardia se presentó como síndrome bulbar; así como la digital ó digitalina á las que también hubo de apelarse.

Tres veces empleé la inyección de aceite esencial de trementina para provocar un absceso de fijación; las tres veces fracasaron.

De los fermentos metálicos en esta epidemia no hice uso; quizá el recuerdo de la poca eficacia que en mis manos produjeran en otras infecciones (puerperales, neumonías) ya en inyecciones endovenosas ó hipodérmicas fueron la causa de no recurrir á ellos. Sin negar por otra parte que producen cierto alivio.

Como medicamento de excepción, la morfina en inyecciones hubo de administrarse para calmar dolores intensísimos de costado, con éxito, no modificando en nada el proceso fundamental, que fué en neumonías de tipo pleurítico. Gracias á su acción los enfermos podían respirar y toser procurándoles muchas horas de descanso.

Esta es en resumen la terapéutica empleada en el tratamiento de la gripe; es desde luego sintomática y oportunista, habiendo procurado adaptarla al individuo dentro de un tipo ó plan general según la forma de la enfermedad padecida.

Pero hay que confesar con franqueza, que en los casos de infecciones ó toxemias profundas, cualquiera de los agentes empleados aun los tenidos por más poderosos fracasan siempre, porque en el organismo no hay elementos de defensa, no reacciona al más enérgico de los reactivos.

Hay que fundar las esperanzas en la profilaxis de la enfermedad, más que en los medios de curarla, los que hoy disponemos son ineficaces.

Ha habido síntomas, como la ronquera y sequedad de lengua y fauces, que no hubo medio con qué poder combatir.

## Nuevo tratamiento quirúrgico del estrabismo<sup>(1)</sup>

POR EL

DR. B. CASTRESANA

Jeje facultativo del Instituto Oftálmico Nacional.  
Profesor de Oftalmología. Agregado de la Facultad de Medicina.

El primer clínico que corresponde al número uno de las fotografías comparativas, es una enferma de veintitrés años, de la provincia de Madrid, y sin antecedentes familiares que puedan tener alguna relación con la *bizquera* que padece. Dice que empezó á desviar el ojo desde los cuatro meses de



edad, según manifestación de sus padres, á causa de la úlcera que padecía. Le parece que se le ha

(1) Véase el número anterior.



acentuado la desviación del ojo derecho desde que verifica la visión próxima (costura, lectura).

Examinada la enferma, se observa que tiene un estrabismo interno del ojo derecho, en cuya córnea existe un albugo redondeado de unos dos milímetros de extensión. Si mandamos tapar el ojo derecho, se ve el izquierdo en desviación interna, es decir, que se trata de un estrabismo alternante interno.

Agudeza visual. O. D. . . . . { Lejos V = dedos á 3 metros.  
Cerca V = núm. 28 escala Wecker.  
Agudeza visual. O. I. . . . . { Lejos = V = núm. 1.  
Cerca = V = núm. 1.

El examen oftalmétrico acusa en el ojo derecho 2,50 diópticas á 90°.

Con — 1,50 esférico y — 2 cilindro á 90° llegué con el O. D. á  $\frac{1}{8}$  de la escala iluminada de Wecker. Medido el ángulo de desviación con el perímetro resulta de 25°. El campo visual casi normal.

Se le practica el doble avanzamiento con resección muscular, sutura en rombo en los dos ojos y debilitación de los antagonistas, en la forma que describimos al hablar de la técnica operatoria.



A los ocho días se le quitan los puntos de sutura, sometiendo mientras tanto los dos ojos á las instilaciones de atropina. Se le coloca una pantalla en el ojo fijador por espacio de quince días más, y á los veinte se le da el alta, después de haber aconsejado á la enferma haga uso constantemente de los cristales que la hemos prescrito para corregir la alteración de refracción. No se observa en ella estrabismo alguno; los movimientos de adducción y abducción son muy extensos en ambos ojos, no diferenciándose apenas en nada de los normales.

La segunda observación clínica se refiere á una muchacha de diez y nueve años, de la provincia de Avila, que es el núm. 2 de los retratos comparativos. Se presentó á nuestra consulta con un estrabismo convergente alternante.

Agudeza visual. O. D. . . . . { Lejos = núm. 1.  
Cerca = núm. 2.

Agudeza visual. O. I. . . . . { Lejos =  $\frac{2}{3}$   
Cerca = núm.  $\frac{2}{3}$   
Examen oftalmométrico . . . . . { O. D. — 170 + 80 = 0,50.  
O. I. — 15 + 105 = 0,50.

Excursión completa de los dos ojos en todas las direcciones. Campo de mirada, normal. Ángulo de



desviación en el O. D., 20°. La desviación estrábica en el O. I. es algo menor; sólo alcanza á 8°. El campo visual se puede considerar normal. Nuestra intervención consistió en debilitación del recto interno y avanzamiento de los rectos internos de ambos



ojos. Hecha su corrección óptica después de la intervención quirúrgica resultó la siguiente:

Lejos. { O. D. + 0,50 cilindro á 80° : visión núm. 1.  
O. I. + 0,50 cilindro á 105° : visión núm. 1.  
Cerca. { O. D. + 1 esférico + 0,50 cilindro á 80° = v. núm. 1.  
O. I. + 1 esférico + 0,50 cilindro á 105° = v. núm. 1.

En esta enferma conseguimos la corrección estética y la visión binocular, es decir, la verdadera curación del estrabismo.

El tercer caso clínico sometido á nuestra experimentación es un hombre de treinta y ocho años de edad, natural de Madrid, que padece un estrabismo interno alternante muy pronunciado, sobre todo en el ojo izquierdo. Nos dice que su desviación ocular es de larga fecha. Ángulo de desviación, 35°.



Agudeza visual (lejos) .....	$\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D. } \frac{1}{2} \\ \text{O. I. } \frac{1}{8} \end{array} \right.$
Agudeza visual (cerca) .....	$\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{núm. 3.} \\ \text{O. I.} = \text{núm. 7.} \end{array} \right.$

Campo visual, estrechado, sobre todo en la parte externa del ojo izquierdo.

Campo de mirada.  $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{interno } 56^\circ \text{ externo núm. 50.} \\ \text{O. I.} = \text{interno } 60^\circ \text{ externo núm. 25.} \end{array} \right.$

En vista de lo pronunciado que era el estrabismo del ojo izquierdo, le practicamos el doble avan-



zamiento de los rectos externos con debilitación de los antagonistas, sobre todo del recto interno del ojo izquierdo. El resultado no pudo ser más satis-



factorio, como puede verse en el fotograbado. Los movimientos de adducción y abducción ganaron mucho en su amplitud, y hecha su corrección óptica, que resultó: O. D. — 1,50 cilindro á  $15^\circ$ , y hoy — 3 esférico — 1,50 cilindro á  $150^\circ$ , alcanzó el enfermo una agudeza visual en los dos ojos de  $\frac{2}{3}$ .

Este enfermo le podemos considerar curado de su estrabismo, porque conseguimos en él la corrección estética y funcional.

En la cuarta observación clínica se trata de una muchacha de diez y nueve años, natural también de la provincia de Madrid, que viene padeciendo hace mucho tiempo de un estrabismo convergente

alternante mucho más pronunciado en el ojo izquierdo, cuya desviación alcanza hasta  $40^\circ$ .



Visión lejos.....  $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{Dedos á 3 metros.} \\ \text{O. I.} = \text{Dedos á 2 metros.} \end{array} \right.$   
Visión próxima ...  $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} \text{ núm. 3.} \\ \text{O. I.} \text{ núm. 5.} \end{array} \right.$

Examen oftalmométrico.....  $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} - 166 + 75 = 0,50. \\ \text{O. I.} - 90 + 0 = 1,50. \end{array} \right.$

Campo de mirada.....  $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = \text{interno } 55^\circ \text{ Externo } 50. \\ \text{O. I.} = \text{interno } 55^\circ \text{ Externo } 45. \end{array} \right.$

Corrección óptica.....  $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} - 5 \text{ esférico} - 0,75 \text{ cilindro á } 160^\circ = \frac{2}{3} \\ \text{O. I.} - 6 \text{ esférico} - 1,50 \text{ cilindro á } 80^\circ = \frac{1}{2} \end{array} \right.$



Le practicamos la operación del doble avanceamiento de los rectos externos y debilitación de los antagonistas con resultado francamente positivo.

El quinto caso lo constituye una muchacha de



quince años, natural de esta corte, que recuerda



tuvo algo delicados sus ojos cuando era pequeña. Se presenta en nuestra clínica con un estrabismo interno alternante, pronunciadísimo en el ojo izquierdo, como puede apreciarse en su fotografía. Su ángulo de desviación alcanza á 45°.

Agudeza visual (lejos). . . . . { O. D. =  $\frac{1}{3}$   
O. I. = Dedos á 3 metros.  
Agudeza visual (cerca). . . . . { O. D. = núm. 3.  
O. I. = núm. 10.  
Oftalmometría. . . . . { O. D. =  $165 - 75 = 1$ .  
O. I. =  $0 - 90 = 1,50$ .

La enferma no gana, hecha la corrección óptica en el O. I., porque tiene en el centro de la cór-



nea izquierda un nefelión difuso que lo impide. Se le practica un doble avanzamiento con resección muscular más pronunciada en el recto externo y debilitación del antagonista. En este caso no se pudo conseguir la visión binocular porque la marcha corneal del ojo izquierdo no era susceptible de curación, pero realizamos una corrección estética que es lo que ardientemente deseaba la enferma.

La observación clínica sexta, es una muchacha de once años, natural de Salamanca, con estrabismo alternante interno más pronunciado en el ojo derecho. La desviación estrábica alcanza á 25°.



Campo visual casi normal. Campo de mirada en el ojo derecho.

Externo = 40.  
Interno = 65.

Agudeza visual . . . . . { O. D. =  $\frac{1}{4}$  difícil escala de Wecker.  
O. I. =  $\frac{2}{3}$  de la misma escala.  
Examen oftalmométrico. . . . . { O. D. =  $-20 + 110 = 1,50$ .  
O. I. =  $-165 + 75 = 0,25$ .

Le practicamos el doble avanzamiento muscular con resección del externo y debilitación del antagonista. Después de la operación el campo de mirada en su parte externa alcanza á 80°, los ejes de los ojos son paralelos, conservan todos los movimientos, y se le prescriben los vidrios siguientes que tolera perfectamente:

Lejos. . . . . { O. D. + 1,50 cilindro á 110°.  
O. I. + 0,25 cilindro á 75°.  
Cerca. . . . . { O. D. + 3 esférico + 1,50 cilindro á 110°.  
O. I. + 0,25 cilindro á 75°.

La enferma vuelve á los seis meses de operada



por nuestra clínica, conserva perfectamente su corrección estética y ha mejorado de agudeza visual de su ojo derecho hasta medio.

El caso clínico séptimo, es una muchacha, natural de Madrid, de diez y siete años de edad, con un estrabismo también alternante interno más acen-



tuado en el ojo derecho como ocurría en la observación anterior.

Según nos refiere la enferma, desde la edad de tres años notaron sus padres que desviaba el ojo derecho hacia dentro, suponiendo para la causa un



baño caliente que le había tomado en cierta ocasión.

Angulo de desviación 35°. Agudeza visual de lejos: O. D. dedos á un metro: O. I.  $= \frac{2}{3}$  = Campo de mirada en el ojo derecho.

Interno 55°.  
Externo 40°.

Se le practicó la misma intervención quirúrgica que á la enferma anterior, si bien hicimos más extensa la resección teniendo en cuenta que la desviación ocular en éste casi era mejor. Sin ninguna complicación post operatoria le corregimos su alteración de refracción en la fórmula siguiente:

O. D. + 1,50 esférico + 1,50 cilindro á 165°.  
O. I. + 0,75 esférico + 0,25 cilindro á 80°.

El resultado estético de la operación no puede ser más completo como puede verse en la fotogra-



fía. Aconsejamos á la enferma el uso de los cristales apropiados y que hiciera en su casa ejercicios esteroscópicos. Reconocida la enferma un año después de la intervención sigue perfectamente corregida la desviación y ha ganado muchísimo en agudeza visual del ojo ambliope por exanopsia.

(Se continuará.)

## Periódicos médicos.

### TERAPEUTICA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Terapéutica proteínica no específica de la pulmonía gripal, por los doctores David Murray y Paul Werbley.**—Los autores presentan varios casos de pulmonía gripal tratada por las inyecciones intravenosas de la proteína tifoidea y establecen las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Una inyección intravenosa de proteína tifoidea en la neumonía gripal es un procedimiento que carece de riesgos dentro de ciertos límites.

2.<sup>a</sup> La inyección intravenosa de proteína tifoidea está indicada tan sólo en la fase incipiente de la pulmonía, según podemos deducir de nuestro número limitado de casos.

3.<sup>a</sup> El uso de este método de tratamiento está contraindicado (a) en los casos de pulmonía gripal que han pasado el

tercer día de la enfermedad, ó (b) cuando hay datos indudables de una insuficiencia miocárdica avanzada ó una endocarditis aguda.

4.<sup>a</sup> Una inyección no debe constar de más de 500 millo-nes de bacilos de la tifoidea muertos. Por razones obvias deben dejarse pasar por lo menos cuarenta y ocho horas antes de administrar otra inyección.

5.<sup>a</sup> El efecto inmediato de la proteína heteróloga es el desarrollo de un paroxismo proteínico típico, que va seguido por un descenso marcado de temperatura y una mejorí-definida de los síntomas subjetivos, siendo estos efectos per-manentes por lo general.

6.<sup>a</sup> Después de la inyección de proteína tifoidea hay una alteración característica de los leucocitos. El aumento de leucocitos en los casos estudiados es solamente de grado moderado. La leucopenia ó tendencia á la disminución, que presentan los leucocitos, no se mejora permanentemente.

7.<sup>a</sup> El efecto sobre el pulso, la respiración, los signos físicos y hallazgos urinarios carece de importancia alguna.

8.<sup>a</sup> Una inyección intravenosa de proteína tifoidea pue-de producir la terminación de los síntomas agudos de la en-fermedad en un período de tiempo de uno á tres días. (*The Journal*, edición española, Mayo, 1919.)

2. **Un nuevo tratamiento del morfinismo, por el doc-tor C. S. Bluemel.**—El autor expone su nuevo tratamiento del morfinismo por eliminación y demuestra con casos prác-ticos sus excelentes resultados.

He aquí el nuevo método terapéutico:

Se pone al paciente en la cama y se suspende la morfi-na enteramente. Se le somete á una dieta líquida ó semisólida, y se le dan purgantes en la forma prescrita en el tra-tamiento de Towns-Lamber. De esta manera, recibe tres ó cuatro cursos de purgantes, consistiendo en 5 gramos de masa azul con cinco píldoras catárticas compuestas, á inter-valos de diez y ocho horas, aproximadamente. Después de algunas horas del último curso de purgantes, toma aceite de ricino. El paciente recibe de dos á cuatro inyecciones intra-venosas según su estado. El tipo de inyección consiste en 1.000 c. c. de solución de cloruro sódico al 90 por 100 en agua recientemente destilada.

Durante los primeros días del tratamiento se le da al pa-ciente suficiente cloral, ordinariamente unos 30 granos al acostarse, para asegurar su sueño nocturno. Los hipnóticos son un importante elemento del tratamiento, pues el sueño que producen no sólo borra largos períodos de incomodidad, sino que también fortifica al paciente física y mentalmen-te para la prueba que está pasando.

La dieta líquida ó semisólida es sostenida mientras el paciente experimenta alguna náusea y se le retiene en cama durante el período de los purgantes y hasta que desaparezcan todas las manifestaciones agudas de la supresión de la morfina.

Como se ha dicho, se suprime la morfina completamente y si en alguna ocasión el paciente se queja indebidamente de los síntomas de supresión, se le da una inyección salina, en vez de la hipodérmica de morfina.

Parece que no hay ninguna contraindicación para el uso de la solución salina, pues los pacientes no han sufrido nin-gún mal resultado, aunque recibieran cuatro inyecciones diarias durante una semana ó más. Un paciente recibió, en un período de trece días, una cantidad de líquido equivalen-te al 50 por 100 del peso de su cuerpo, y su estado físico mejoró extraordinariamente durante este período.

Las inyecciones no producen un marcado aumento de la tensión arterial. La administración de 1.000 c. c. es seguida de un aumento de la presión sanguínea equivalente á unos





5 mm. de mercurio; desde luego que este aumento es temporal.

Las inyecciones repetidas no producen anemia. Hay un ligero descenso del número de glóbulos rojos y del tanto por ciento de hemoglobina, debido al aumento de líquido en la sangre, pero no hay destrucción de glóbulos rojos. La ausencia de la anemia se evidencia por la marcada mejoría de los colores del paciente.

Las inyecciones van seguidas de una disminución en la viscosidad de la sangre. Este descenso de la viscosidad disminuye la resistencia capilar y, por lo tanto, reduce la carga normal del corazón. Esto es una ventaja para reducir la tendencia a la debilidad cardíaca, tan frecuentemente observada al suprimir la morfina. Es también una ventaja por permitir la administración de grandes cantidades de cloral sin perturbación del miocardio. No fué necesario dar a ninguno de los pacientes estimulantes cardíacos. Seis pacientes fueron tratados por el método precedente. Su edad oscilaba alrededor de treinta y cuatro años. El promedio de duración de su hábito era de doce años, y el promedio de su dosis diaria de morfina era 7 ó 8 granos. Tres de ellos eran adictos al uso circunstancial de la cocaína y tres tenían la reacción de Wassermann positiva. Cada paciente estuvo un promedio de catorce días en el sanatorio, recibiendo inyecciones los primeros siete días. El término medio de solución salina administrada a cada paciente, durante este período, fué de 15,600 c. c. La mayoría de los pacientes experimentó molestias por los síntomas de supresión durante los dos ó tres primeros días; pero de ninguno de ellos puede decirse que estuvo marcadamente indispuerto en ninguna ocasión. Casi todos experimentaron considerable alivio con las inyecciones intravenosas; por esto, los períodos de incomodidad, precediendo a las inyecciones, formarían un pequeño total. Después del período agudo de incomodidad, siguió un período de nerviosismo y de insomnio. El nerviosismo no fué constante, pero se manifestó con diferentes intervalos durante varios días. El insomnio no fué prolongado, y el promedio de los pacientes sólo tomó hipnóticos durante cuatro noches.

Durante el inquieto período de convalecencia, se dió a dos de los pacientes el tratamiento de Towns-Lambert (sin morfina) por vía de experimento. Ambos pacientes habían tenido el hábito por más de veinte años, y su nerviosismo persistió hasta el final de la segunda semana, cuando se instituyó el tratamiento de Towns-Lambert. El nerviosismo desapareció considerablemente después de este segundo tratamiento. Su mejoría podría indicar alguna acción específica en la mezcla de belladona de Towns-Lambert, aunque razonando de causa a efecto, se debe considerar también la probable eficacia de la segunda serie de purgantes y también la influencia de la sugestión. Esta puede haber sido un factor muy importante con estos pacientes, pues conocían el tratamiento de Towns-Lambert como completamente acreditado y sabían que el tratamiento de las inyecciones era puramente experimental.

Además de los seis pacientes tratados con inyecciones, a otros seis pacientes se les dió el tratamiento de Towns-Lambert, simultáneamente con las inyecciones. Antes de empezar el tratamiento de Towns-Lambert, los pacientes fueron sometidos a observación durante veinticuatro horas; durante este período recibieron pequeñas cantidades de morfina de acuerdo con su estado, con el objeto de determinar la cantidad mínima que necesitaban en veinticuatro horas. Entonces siguió la rápida reducción, según el tratamiento de Towns-Lambert, tomando esta cantidad como base.

Los seis pacientes de esta serie eran casos más benignos

que los tratados solamente con inyecciones y algunos de ellos eran pacientes particulares del Sanatorio de «Mount-Airy». El promedio de la edad era de cuarenta años; el promedio de la duración del hábito era nueve años; y la dosis media de morfina, diaria, era tres granos y medio, siendo esta dosis la mitad que en la primera serie. Cuatro de los pacientes usaban cocaína accidentalmente. Dos de ellos tenían la reacción de Wassermann positiva.

Los primeros dos pacientes sólo recibieron inyecciones cuando experimentaron molestias con el tratamiento de Towns-Lambert. Los cuatro restantes las recibieron desde el principio. El promedio de los pacientes recibió cinco inyecciones, y en la mayoría de los casos no fueron éstas prolongadas más allá del cuarto ó quinto día. Los pacientes fueron dados de alta al séptimo día por término medio. (*The Journal of the American Medical Association*. Edición española. Chicago, Abril de 1919.)

#### EN LENGUA EXTRANJERA

3. **Prevención y tratamiento del coma diabético.**—En *The Lancet*, de Londres (2 de Enero de 1919), Cammidge hace notar que el coma puede presentarse al principio a muy avanzada la diabetes; pero es muy frecuente ocurra durante el primer año del tratamiento de esta enfermedad, y más común cuando todavía no se han cumplido los cuarenta años que después de esta edad. Respiración exagerada sin cianosis ó ecidencia de causa física aparece con dramática prontitud, la inspiración se hace prolongada como la que precede a un bostezo, y la espiración se hace forzada y más completa que la normal: es el llamado hambre de aire de Kussmaul. Un sudor característico con olor de fruta en la respiración. La cara da la impresión de ansiedad, algunas veces encendida, otras, pálida y sobre un fondo amarillento. Los ojos medio cerrados; las pupilas reaccionan a la luz hasta que el coma es profundo y están de ordinario dilatadas, aunque algunas veces aparecen contrídas. Ablandamiento del globo ocular, debido al descenso de la presión intraocular, es también un signo importante del coma diabético. El pulso es blando y acelerado; pero raras veces pasa de 120 al minuto. La presión sanguínea es baja. La temperatura subnormal asciendo al presentarse el coma para descender por debajo de la normal cuando la muerte se aproxima. Las extremidades están frías y puede haber ligero edema de los pies. Aunque el coma puede desarrollarse bruscamente, de ordinario va precedido de síntomas sugestivos, que, sin embargo, pueden ser tan ligeramente inadvertidos, de la sangre y del aire alveolar suministran datos sobre la probable evolución de la complicación de que tratamos.

Desde que Stadelmann descubrió en 1883 el ácido oxibutírico en la orina de algunos casos de diabetes grave, se ha reconocido que el coma diabético está de ordinario asociado a un alto grado de acidosis, acompañado de la presencia de cuerpos acetónicos en la orina. La aparición de estos cuerpos es de ordinario el primer síntoma del principio de la acidosis. La cantidad de amoniaco en la orina sube desde 0,5 a un gramo por día hasta 10 y 12 gramos, y de ordinario la presencia de 4 gramos en la orina dura muy pocos días, sin que se presente el coma. Mientras normalmente el nitrógeno amoniacal sólo constituye el 4 al 5 por 100 del total nitrógeno de la orina, cuando el coma se hace inminente, este tanto por ciento sube hasta un 40 y hasta un 50 por 100. Una indicación útil de una acidosis seria es la disminución de la cantidad de carbonatos útiles que circulan en la sangre; esto puede depender de la disminución del dióxido de carbono en el aire alveolar que puede determinarse por el proceder de Mariott ó directamente por el examen de la misma sangre.



Los resultados de la terapéutica por los alcalinos considerada en total ha sido un fracaso, y como consecuencia de ella se dice ha aumentado la mortalidad: es un tratamiento sintomático que no ataca al origen de los trastornos la excesiva formación de ácidos orgánicos. Además, grandes dosis de alcalinos acusan con frecuencia irritación del tramo gastrointestinal, ó si se dan en forma diluida, una dilatación del estómago y un exceso de trabajo para el riñón. Cuando se toman durante largos períodos, los álcalis alteran la digestión, privan al organismo de las sales necesarias y ejercen una acción deprimente sobre el corazón; finalmente, como Joslin ha hecho notar, es posible que su administración libere ácidos que existen combinados latentes é inocentes en los tejidos y que al ser liberados hagan daño. Además, los experimentos de Allen han demostrado que en los perros diabéticos no se logra una prolongación de la vida, porque se mantenga la reserva alcalina del cuerpo por medio de inyecciones intravenosas de álcalis ó por su administración por la boca.

Rosenfeld, Hirschfeld y Levy han demostrado que la grasa es la fuente principal de los cuerpos acetónicos y que derivan en gran parte de los ácidos de la alimentación. La inspección cuidadosa de la grasa ingerida en la dieta es uno de los procedimientos prácticos que tenemos en la actualidad para prevenir la intoxicación ácida y el coma subsiguiente. Por este medio Joslin reduce su mortalidad por coma desde el 64 al 44 por 100. El examen sistemático de la grasa ingerida en los diabéticos ha sido, hasta ahora, descuidado por las siguientes razones: 1) La idea que ha prevalecido de que la diabetes es meramente un defecto del metabolismo de los hidratos de carbono; y 2) La doctrina de que debe evitarse á toda costa la pérdida de peso de los diabéticos. Ambas ideas son erróneas. La diabetes no es meramente una incapacidad para asimilar la glucosa; es un defecto del metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas de las grasas y probablemente de las sustancias minerales.

El tratamiento debe basarse, en primer lugar, en la hipótesis de que en esta enfermedad hay una falta general del metabolismo. Las funciones metabólicas debilitadas del diabético son capaces de actuar sólo sobre una cantidad definida determinada, ó habrá una quiebra en el proceso metabólico. Si la cantidad de hidratos de carbono es reducida, pero se conserva la ingestión de un total de alimentos igual añadiendo grasa ó proteína, las funciones metabólicas quedan recargadas y continuará el proceso de agravación de la enfermedad. El caso tendrá los caracteres de una diabetes progresiva con un constante descenso en la tolerancia para los hidratos de carbono, tipo bastante frecuente. Si á tales enfermos se les permite que pierdan de su peso hasta que la masa del cuerpo se reduzca á un nivel que puede ser mantenido por una carga total de alimento, por debajo de la que pueden actuar de manera eficiente sus poderes metabólicos, se detendrá el proceso de la enfermedad.

La eficiencia muscular y el peso no son sinónimos, y un enfermo delgado, nutrido dentro de sus límites metabólicos, puede hacer más y se cansa menos que uno que procure conservar el peso total de un individuo de sus dimensiones. Es probable que pueda disminuirse la mortalidad por coma si se ejerce desde el principio de la enfermedad una regulación en la ingestión de las grasas. El coma es la consecuencia de la autointoxicación; pero la evidencia que se puede obtener sugiere la idea de que es una toxemia resultante de un quebranto general del metabolismo más bien que una toxina específica puede ser producida por varias toxinas, actuando al mismo tiempo. En algunos casos el defecto metabólico puede ser más completo ó más rápido en una dirección y puede ir

asociado á defectos en la excreción como en la nefritis intersticial. Alguno de los síntomas con que nos encontramos al presentarse el coma diabético puede ser el resultado de la deshidratación de los tejidos producida por una alta concentración del azúcar en la sangre, y esto puede explicar también la frecuencia con la que el coma es precipitado por alteración gastrointestinal, particularmente cuando hay vómitos ó diarrea, y por estados en los cuales se producen abundantes exudados inflamatorios. Hay casos de muerte por coma en los cuales no había evidencia de acidosis y en los cuales faltaba el hambre de aire. Estos hechos hablan en favor de que algunas toxinas diferentes de los productos de un defectuoso metabolismo de las grasas—por ejemplo, el debido á un defectuoso metabolismo de las proteínas—puede ser el responsable de este estado. Los experimentos comenzados por el autor y suspendidos de manera temporal, parecen demostrar que el metabolismo de los proteicos tiende á hacerse cada vez menos completo á medida que la enfermedad progresa; esto con la presencia de aminoácidos en la orina apoya la idea de que la presentación del coma vaya asociada á un defecto de la actividad funcional del hígado y que la imperfección resultante en el metabolismo de los proteicos puede ser un factor que contribuya á la producción de ese estado. Un hecho constante en la diabetes es el aumento notable en la pérdida por la orina de calcio y de magnesio, y es posible que esto haga más susceptible el sistema nervioso á la actuación de las toxinas. Parece, pues, que la sola cura es prevenir todas las causas que pueden dar origen á este estado arreglando la dieta de modo que: 1), no se exceda la tolerancia de los hidratos de carbono de las grasas y proteínas; 2), que la cantidad total de alimentos quede dentro del poder metabólico del enfermo; 3), que la dieta esté perfectamente equilibrada, y 4), que se suministre suficiente cantidad de sales inorgánicas. Si esto se hace así se logrará una sorprendente mejoría aun en casos que parecen desesperados. La dieta debe arreglarse atendiendo á la capacidad metabólica del enfermo y no á su apetito.

El tratamiento del coma debe ser el siguiente: Reposo en la cama y suspensión de causas de trastorno. Aligerar los intestinos pero evitar las excesivas purgas. Dos onzas de jugo de limón y pequeñas cantidades de patatas y de sopas con intervalos de tres á cuatro horas durante veinticuatro horas, y debe animarse al enfermo á que beba la mayor cantidad posible de líquido. Si hay vómitos, deben darse inyecciones intravenosas de suero salino. Después de veinticuatro ó cuarenta y ocho horas debe suprimirse los hidratos de carbono por espacio de un día ó dos. Joslin ha insistido en que se logran mejores resultados evitando los álcalis y dando inyecciones salinas ó de agua. Si no se logra un pronto alivio, se pueden dar inyecciones alcalinas preferentemente si hay un elemento urémico. Debe administrarse estimulantes cardíacos y digital, por vía subcutánea ó por la boca, ó estricnina, cafeína, alcohol, éter, alcanfor, amoníaco, ó extracto de pituitaria. La administración del oxígeno es inútil porque la dificultad de la respiración no se debe á la falta de oxígeno. — P. M.

4. Tratamiento de la tuberculosis por el azúcar.—En los *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux* (25 de Octubre de 1918), Rosenthal refiere un número de casos que aparentemente confirman la acción curativa indirecta de las inyecciones subcutáneas de disoluciones de azúcar y su mayor eficacia cuando se administran por vía intravenosa. Da una serie de veinte inyecciones intravenosas de 5, 10 ó 20 centímetros cúbicos de la disolución de sacarosa (sacarosa y agua en partes iguales) y jamás ha notado ninguna reacción local ni general. Las pruebas de la orina, etc., etc., han de-



mostrado sólo una activación de la función hepática y del proceso digestivo en general. El caso más convincente de los referidos es el de un soldado de treinta años, con una exacerbación subaguda de un proceso tuberculoso bilateral, transformado en algunas semanas en un estado tórpido y evidentemente en vías de curación.—P. M.

**5. Influencia de la glándula timo en la regeneración de los huesos después de los traumatismos.**—El doctor Glaesner, según nos cuenta en el *Berliner med. Wochs* (25 de Noviembre de 1918), ha llevado á cabo la siguiente labor experimental: conejillos jóvenes pertenecientes á la misma camada fueron trepanados en la tibia. Algunos de los animales fueron alimentados por glándula timo y otros sirvieron como testigos. La evolución del traumatismo óseo fué comprobada por repetidas radiografías hechas con regularidad. El autor deduce de sus estudios que la glándula timo acelera la regeneración de los huesos. En un tiempo dado, la diferencia consiste en un más pequeño defecto del hueso, en una configuración ósea normal y en un callo moderado, mientras que en los animales testigos son por completo contrarios los caracteres observados en sus huesos.—P. M.

**6. Valor de la inyección provocadora de adrenalina en la malaria latente.**—A. Schittenhelm y H. Schlecht (*Muenchener med. Woch.*, 19 de Noviembre de 1918), dicen que entre los varios métodos propuestos para evidenciar la malaria latente, el de la adrenalina es el de resultados más constantes y no dudan en recomendarlo para su uso corriente. En casos de cuadro clínico incierto, pero que pueden dar lugar á la presunción de una malaria latente, se coloca en primer lugar al enfermo en observación de su temperatura unida á repetidos exámenes de sangre. Siguiendo á la inyección de un miligramo de adrenalina cuando la prueba es positiva, hay un aumento de la temperatura y al mismo tiempo aparecen en la sangre los plasmodios. El efecto de la inyección no siempre es inmediato y pueden pasar varios días antes de que se manifieste. Puede también ocurrir que la primera inyección sea negativa, y sin embargo, se noten resultados positivos después de una segunda. Los autores afirman que da resultado esta prueba en un 90 por 100 de los casos, pero un resultado negativo no elimina la posibilidad de una malaria latente. Del empleo de este método no se ha originado ningún contratiempo.—P. M.

## DERMATOLOGÍA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. La acrodermitis continua ó flictenosis recidivante de las extremidades, por el Dr. Sicilia.**—Esta dermatosis, cuya persistencia y rebeldía sorprende á los especialistas, reviste diversas formas clínicas que van desde la forma tipo localizada en la periferia de las extremidades, hasta la forma maligna generalizada, pasando por los casos frustrados que sólo invaden uno ó varios dedos ó sólo un lado de los mismos, dejando indemnes las uñas.

Entre los variados casos que he visto, es interesante el que relato, de un enfermo grueso, artrítico, hereditario, congestivo y con catarros crónicos de las mucosas faringolaríngeas, que en cierta época de su vida, por una fase tumefactoasfíctica, obligó á la traqueotomía; presentaba en la mayoría de sus dedos de la mano y en los repliegues ungueales, tumefacción dolorosa en la que estaban engastadas pústulas que, al abrirse, dejaban ulceraciones, muchas abiertas hacia el surco ungueal, que son bastante dolorosas por estar engastadas en los surcos donde se hunden los bordes de las uñas, las cuales están engrosadas y más córneas, pareciendo que todas las extremidades de los dedos tienen más desarro-

llada la capa córnea, con hinchazón tensa, lisa y enrojecimiento de la parte cutánea. Además de la constitución y el estado hiperácido de los humores, intervenía localmente, como causa ocasional, el oficio de tratante de fruta y cascajos, cuyos restos irritaban las partes que tocaban sus manos.

Los toques de azul de metileno en el período ulceroso, de permanganato en las partes inflamadas, pero secas, del rodete ungueal, los baños antisépticos suaves y emolientes y las pomadas á base de tanoforno, bismuto, ictiol y nitrato de plata consiguieron modificar aquel proceso rebelde y cerrar las ulceraciones de supuración y maceración blanca que habían sido irritadas por el iodo y pomadas fuertes; á más dispuse un plan alcalino diurético, alimentación suave y cuidados de higiene local y general. Aprovecho la ocasión de ensalzar las soluciones fuertes de azul de metileno, fucsina y derivados de anilina, así como las de permanganato al 1 por 100 ó más, asociadas á pomadas argénticas, en el tratamiento de muchas supuraciones, ulceraciones é inflamaciones de la piel, sobre todo las producidas por gérmenes piógenos, debido al poder astringente, desecante y suavemente antiséptico sin ser irritantes y á cierta electividad de que gozan en las lesiones cutáneas. (*Gaceta Médica Catalana*, Barcelona, 31 de Mayo de 1919.)

## MEDICINA INTERNA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1 La gripe en Cuenca durante los años 1918 y 1919, por el Dr. Eduardo Castillo.**—El autor, inspector provincial de Sanidad interino de Cuenca, después de dar una estadística completa del número de invasiones y defunciones á consecuencia de la epidemia gripal en aquella provincia, establece las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La gripe viene á ser ya una enfermedad endémica, pues que por todos sitios y en todas épocas se presentan casos de ella aislados ocurriendo de vez en cuando explosiones epidémicas.

2.<sup>a</sup> Contra ella sirven de bien poco, si es que sirven de algo, los desinfectantes, sin que ésto quiera decir se prescindan de ellos en absoluto, pues se deben usar con prudencia por la limpieza que al usarlos se hace y porque el público vea se hace algo con lo que se levanta su ánimo deprimido, disminuyendo el pánico y aumentando las resistencias á la invasión.

3.<sup>a</sup> La mejor profilaxis es la higiene individual para lo que el factor necesario es la ilustración precisa para convencer de sus beneficios en toda clase de individuos y en todos tiempos y lugares.

4.<sup>a</sup> No existe tratamiento alguno específico, pues en las formas sencillas y sin complicación no hay más que la expectación, y en las complicadas varía en cada caso según el enfermo que se tenga delante.

5.<sup>a</sup> Aunque las formas sencillas son en general leves, suelen bastar para dar fin de tísicos, cardíacos, diabéticos, otros enfermos crónicos y viejos, en los que pudiéramos decir que venía á ser un pretexto para morir.

6.<sup>a</sup> Las formas complicadas son en su mayoría graves, más ó menos según la clase de enfermos y la prontitud en el tratamiento adecuado en cada caso.

7.<sup>a</sup> La inmunidad, si es que existe después de un ataque, debe ser muy relativa y de escasa duración, pues si bien es cierto que hubo sitios en que no se observaron recidivas, no lo es menos que en otros muchos las hubo y hasta por tres y cuatro veces. (*La Información Médica*, Cuenca, 21 de Mayo de 1919.)



# 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.

Homenaje simpático.—Parlamentarios profesionales.

El martes último en el Restaurant del Café Inglés se efectuó un banquete, que los socios y amigos de la Sociedad Española de Higiene ofrecían al Excmo. Sr. D. Angel Fernández Caro que desde hace veintidós años viene desempeñando con general aplauso la presidencia de esta Sociedad.

El acto por demás cordial traía á nuestra memoria, y el Sr. Fernández Caro lo rememoró en el brillante discurso con que expresó su gratitud á los concurrentes, la labor á un mismo tiempo modesta, perseverante y útil de esta primera Institución de la propaganda sanitaria en España.

Fué creada en 1881 por nuestro inolvidable Méndez Alvaro y acogida entonces con tanto aplauso y cariño que ingresaron como socios en ella, no solamente médicos é higienistas, sí que también políticos, literatos y personas aficionadas al problema patriótico y humanitario que entonces empezaba á formularse seriamente. En aquella fecha fué presidida la sesión inaugural por el Rey D. Alfonso XII, quien reveló ante el numeroso público que llenaba el paraninfo de la Universidad Central las excepcionales dotes oratorias que poseía, haciendo una elocuente síntesis de los discursos leídos por el Sr. Méndez Alvaro, como presidente, y por el señor Cortezo, como secretario.

De entonces acá el calor que la atención pública presta á la Sociedad de Higiene no se ha enfriado, y sus perseverantes y oportunos trabajos de propaganda encuentran siempre un numeroso público que los acoge con interés. Al Sr. Fernández-Caro es principalmente debida esta obra eficaz, siquiera lenta y poco resonante, que prepara el espíritu público á las reformas sanitarias y que á veces transciende hasta los proyectos de ley y las disposiciones ministeriales. No puede, pues, haberse ideado homenaje más merecido que el que viene ocupándonos.

En el discurso de gracias á que hemos hecho alusión, señaló el agasajado un fenómeno que merece la reflexión de los médicos; fué éste el de que contrastando con el interés y la concurrencia de las diferentes clases sociales, se observaba en proporción decreciente la colaboración de los médicos en

las listas de la Sociedad y en las discusiones de sus trabajos. Si á esta observación se agrega la que hemos podido hacer en los mítins de propaganda sanitaria y en los que, repletos los locales por concurrencia numerosa de ambos sexos y de todas las clases sociales, son, sin embargo, escasos proporcionalmente los médicos que acuden, nos encontramos llevados á pensar que ó ellos desconfían de la eficacia de las predicaciones ó de la de los predicadores, y en uno ó en otro caso no creemos muy provechosa la consecuencia que puede deducirse.

Por de pronto, nuestra cariñosa y sincera enhorabuena al Sr. Fernández-Caro, más que por el homenaje recibido, por la labor incansable é intensa que ha dado lugar á él.

No hemos podido aún puntualizar de un modo seguro cuántos y quiénes son los médicos que en las recientes elecciones han obtenido el acta de diputado. Nuestra impresión es la de que han sido pocos, pues contrastando con lo que en otros Parlamentos ocurre, no creemos que pasen de ocho ó diez. De todos modos, si los electores influyentes que pertenecen á nuestra profesión ó por ella se interesan, hacen como en las Cortes anteriores una llamada á los representantes de los diferentes distritos, siempre conseguiremos tener favorablemente dispuesta la falange de nuestros defensores y de los convencidos de las necesidades de reformas sanitarias, para cuando éstas, más tarde ó más temprano, se lleven al Parlamento por algún Gobierno que entienda debidamente el más primordial de sus deberes. Insistamos, pues, en cumplir el nuestro, cada cual desde el sitio en que el problema le sorprenda, y con razón y energía acabaremos por obtener el triunfo que nos es debido.

Las elecciones de senadores se estarán celebrando cuando nuestros lectores reciban este número. En esta Cámara la proporción de nuestros amigos nos es más favorable, tanto en su parte permanente como en la electiva, y la tradición demuestra, que ellos podrán no ser oídos, pero no dejan de insistir en las demandas que inspiran las campañas de la reforma sanitaria.

DECIO CARLAN



## COMO SE SOSTIENE UN COLEGIO DE HUÉRFANOS

Domingo 8 de Junio de 1919.

Volví esta tarde en el mixto de Alicante en compañía de mi amigo don M. M. S. El calor era bochornoso. Al parar el tren en la estación de Ciempozuelos se abrió la portezuela de nuestro departamento y penetró en él un oficial de la Guardia civil, hombre de unos cincuenta años, alto, enjuto, tostado del sol, y después de colocar sus maletas, quitarse el pesado tricorno y despedirse con un beso de un niño de unos doce años, tomó asiento en frente de nosotros. A muy poco entablamos conversación y nos señaló por la ventanilla los edificios que en Valdemoro sostiene el benemérito Cuerpo: el Colegio de guardias jóvenes, el Colegio de niñas huérfanas y el Colegio de niños huérfanos y, á nuestras preguntas interesadas acerca de la diferencia que había entre aquellos establecimientos y el que conocíamos en Madrid (en las Cuarenta fanegas) nos dijo:

«Puesto que veo el interés que ustedes tienen en este asunto les diré, que el Colegio de Madrid tiene la especialidad de dar educación para carreras y artes particulares, no es completamente gratuito, pues los alumnos pagan en él cuota de unas 50 pesetas. En cuanto á los verdaderos Colegios de huérfanos de la Guardia civil, en los que existen hasta 600 alumnos de ambos sexos, se sostienen con los recursos siguientes: Todas las multas impuestas por la Guardia civil por ley de Caza, de Aguas, Custodia de Campos, etc., se satisfacen en el papel correspondiente sin que los guardias perciban ninguna cantidad, y del importe de ellas *la tercera parte que les correspondería* ingresa directamente para sostenimiento de los Colegios, por el intermedio de los habilitados, que la hacen efectiva. Además el producto de la venta de las escopetas y armas de todas clases recogidas por los individuos del Cuerpo, tiene el mismo ingreso, y los 23.000 individuos que constituyen el Cuerpo, contribuyen todos con las cotizaciones siguientes: los guardias de segunda clase (que tienen de haber 3 pesetas 50 centimos) dan 25 céntimos mensuales: los de primera clase, 40 céntimos; los cabos, 55; los sargentos, 1 peseta; los alféreces, 1,50, y así en progresión ascendente hasta el mismo Director general. De esta manera pueden sostenerse y educarse nuestros huerfanitos, con la colaboración de todos nosotros y con la confianza de que nada les falta ni de que nuestro dinero está bien empleado.»

Mi acompañante don M. M. S., teniente coronel retirado, de Sanidad Militar, añadió: «Lo mismo sostenemos nosotros con el Cuerpo de Estado Mayor nuestro Colegio de huérfanos, y yo, soltero y sin hijos, aunque estoy fuera del Cuerpo, contribuyo con mi cotización de 12 duros anuales al benéfico fin.»

Por nuestra parte no hicimos más que reflexionar hasta qué punto podría ampliarse el Colegio de Huérfanos de Médicos, si entre los 22.000 de éstos que haya en España, existiera el mismo espíritu de unión corporativa que entre los guardias civiles, los sanitarios y los individuos del poco numeroso Cuerpo del Estado Mayor.

Ya nuestro Colegio va a abrirse y cuenta con recursos para sostener 100 huerfanitos de primera enseñanza, menores de diez años; pero no basta esto; es preciso contar con otra institución aneja para los mayores de diez años y menores de quince que pueden asistir al Instituto ó á las Escuelas de Artes y Oficio ó recibir otra enseñanza de maestros normales, etc., etc. Todo esto puede responderse de que se logrará cuando entre todos los médicos exista el convencimiento de la bondad de la obra con solo los recursos que concede el decreto de 15 de Mayo de 1917. Dejar de hacerlo

es ya pura cuestión de conciencia; vea cada uno lo que le aconseja la suya.

## ATROPELLO INEXPLICABLE

Sr. Director de EL SIGLO MEDICO.

Madrid.

Muy señor mío: Voy á comunicar á usted un suceso ocurrido en Santa María Rivarredonda, provincia de Burgos, partido judicial de Miranda de Ebro, por si usted quiere publicarle en el periódico de su digna dirección. ¿Titulo que ha de dar usted al artículo? El que quiera. Yo me limito á relatar los hechos.

El día 7 de Abril próximo pasado y sobre la una y cuarto de la madrugada, dieron tres golpes con el llamador de la puerta de casa del señor médico titular. «No contestes, dijo la esposa al médico, pues como es domingo (lunes ya, puesto que era la una) pueden ser mozos que te quieran hacer levantar». Otros tres golpes y ya el médico iba á bajar de la cama para acercarse al balcón á responder, cuando la esposa le detuvo. «No contestes; sin saber por qué, tengo miedo esta noche; si es un cliente tuyo, que llame con la boca (verbalmente) y así le conocerás en la voz». Es de advertir que hacía dos meses que los cabecillas, los caciques, los que trajeron al que ahora echan á tiros, los que echaron á tiros á don Victoriano García [hoy titular de Santurdejo de Rioja (Logroño)], los que tirotearon á D. Gerardo Palacín [titular de Quintana-Martín Galíndez (Burgos)] el cual tuvo que salir escoltado por la Guardia civil; hacía dos meses digo, que los caciques habían traído otro médico y de ahí el fundamento del miedo que la señora experimentaba. Volvieron á llamar; pero antes de dar el último tercer golpe, una formidable detonación atronó la casa dejando á la familia del señor médico petrificada. Los balazos atravesaron los cuartillos de los balcones que estaban cerrados (gracias á eso no ocurrió desgracia alguna personal), pues si están abiertos abrasan á los señores sin darles tiempo á salir de la cama. A gatas salió el matrimonio de su dormitorio á la habitación contigua donde su hija, niña de once años, estaba medio sentada en la cama presa de un espanto terrible que la impedía gritar. El médico llamó á grandes voces al vecino, golpeando también el débil tabique con una tranca; pero el vecino no contestó... Entonces los señores, al verse abandonados, huyeron en paños menores á refugiarse en la cocina. Los cobardes criminales, rompieron los cristales todos, agujerearon las maderas del balcón y á las seis de la mañana se vió que habían tenido buena puntería, pues una de las balas estaba en medio de la cama que ocupó el matrimonio. Cuatro son los médicos que van saliendo así de este pueblo. Un tal Sr. Puertas, que harto de vejaciones huyó al extranjero; pues siendo éste el primer pueblo en que ejercía creyó que en todos le ocurriría lo propio; D. Victoriano García, D. Gerardo Palacín y este último llamado D. Manuel Martínez. Se me preguntará: ¿Y cómo se arreglan los caciques para engañar á uno y otro médico? Muy sencillo: El cura párroco (omito el nombre) hace que está en este pueblo *treinta* años; la primera visita del médico que llega al pueblo es para el cura. «Me han enterado, dice el médico, que aquí hay otro compañero... y la verdad, venir en lucha no me resulta». «Nada de lucha, contesta el digno párroco; todo el pueblo excepto cinco ó seis... estarán con usted, luego no viene usted á luchar, el otro médico no tiene más remedio que marchar; su conducta, su mal proceder, le han acarreado el desprecio del vecindario; si usted no viene, otro vendrá y ya usted ve que este es un partido muy descansado, 4.000 pesetas en pueblo



tan distraído, con carretera, dos estaciones á 5 kilómetros cada una...» En fin, cae el médico en el lazo y va á por su familia. Los meses que el médico al que quieren echar está aquí, todo son rosas *sin espinas*; luego viene lo de los tiros; el médico nuevo se escandaliza por lo que le ha ocurrido á su compañero y dice: «Cuando la barba de tu vecino veas pelar...» y quiere marcharse; pero los caciques le dicen: Quite usted hombre, por Dios. ¿Usted cree que nosotros tan cristianos como somos, hemos hecho esos disparos? ¡Qué disparate! Los ha hecho el mismo médico por desacreditar al pueblo. El médico viejo se va, y entonces empieza el calvario para aquél que entró con cohetes y sale á tiros.

Después de este último suceso vino la Guardia civil, se la dieron datos... pero no se practicó ninguna detención. El Juzgado de Instrucción aún no ha venido á hacer la inspección ocular. *El Colegio Médico*, aún no ha tomado ninguna medida (tiempo hay). ¡Cosas de España!

Gracias anticipadas, señor director, y es de usted atento seguro servidor y compañero

q. b. s. m.,

MANUEL MARTÍNEZ

Santa María Rivarredonda, 4-6-1919.

## Sociedades Científicas.

### REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 10 DE MAYO DE 1919

#### La vacunoterapia en relación con la fiebre de Malta.

El Dr. DURÁN DE COTTES, corresponsal, expone algunos hechos de su práctica, referentes á vacunoterapia en la fiebre de Malta. Recuerda los ensayos que hizo con una semilla pedida al laboratorio de Praga, que dieron por resultado en un enfermo afirmar la existencia de dicha fiebre en España. El modo de presentarse se presta á tantas dudas, que el médico no sabe al principio de qué se trata, y en estas vacilaciones pasa el clínico empleando uno y otro tratamiento sin resultado, si no va directamente á un diagnóstico bacteriológico.

El Dr. Durán, en sus primeras investigaciones, comenzó por inmunizar cabras para obtener suero aglutinante, y este fué el punto de partida que le permitió utilizar la seroterapia como tratamiento de la fiebre de Malta. Explica cómo obtuvo la vacuna de gérmenes por el calor á 65°, y después vacuna de gérmenes muertos por el cloroformo. Obtenida, comenzó por aplicar dosis de 10 á 20 c. c. en inyecciones hipodérmicas, dejando transcurrir uno ó dos días de inyección á inyección, y al cabo de cuatro ó cinco inyecciones la onda empieza á descender, pero queda el enfermo en fase febricular, por regla general, hace su vida ordinaria y se cree curado y no es así. Luego empleó la quimioterapia y le ocurrió lo mismo, lo cual obligó á provocar una inmunización activa y la necesidad de acudir á la vacunoterapia. Sus primeros estudios sobre el particular llevan la fecha de 1907, y desde entonces acá ha tratado más de 600 enfermos, utilizando primero las vacunas de gérmenes muertos por el calor, después por el cloroformo, y últimamente por el éter. A las tres horas de la inyección comienza á ponerse la piel un poco roja y caliente, y la mancha va avanzando á partir de la picadura; se eleva la temperatura más ó menos intensa, según la cantidad de vacuna y la rapidez de la absorción.

Dice que la inmunización ha de ser prolongada, para lo cual aplica al enfermo diez ó doce inyecciones; espera unos veinte días y vuelve á aplicar dos ó tres inyecciones como medio de lograr la confirmación de la curación. Respecto á las indicaciones y contraindicaciones de la vacunoterapia, debe tenerse presente que no todos los enfermos son susceptibles de este tratamiento.

Clasifica en tres grupos los enfermos con relación á cómo han respondido á la vacunoterapia: 1.º Enfermos en que el tratamiento ha sido perjudicial y ha tenido que suspenderse (formas hemorrágicas, hiperpiréticas con lesiones de corazón ó riñón preexistentes al proceso). 2.º Enfermos que sin lesiones orgánicas anteriores que lo contraindiquen, no han

admitido el tratamiento en fase de onda (tipos hiperpiréticos con hemorragia y gran desequilibrio nervioso), pero que lo han soportado en fase intercalar con evidente resultado favorable. Y 3.º Enfermos que lo han soportado siempre con evidente resultado favorable en cualquier fase (formas agudas no hiperpirético-hemorrágicas, formas ondulantes de mediana intensidad y formas ambulatorias).

Como síntesis de lo expuesto cree el Dr. Durán de Cottés poder manifestar: 1.º Son patrimonio de la seroterapia y quimioterapia las formas hiperpiréticas y fases agudas de las ondulantes cualquiera que sea su modalidad para conducir las á la vacunoterapia. 2.º La vacunoterapia tiene su inmediata aplicación en las formas de mediana intensidad y ambulatoria en cualquier momento y en las fases de descenso é intercalar de las formas agudas, siendo las dosis inversas á la altura térmica. 3.º Las lesiones cardíacas y de riñón intensas anteriores al proceso son contraindicación absoluta, por lo menos en las formas hemorrágicas é hiperpiréticas. En las formas de mediana intensidad y ambulatorias con dichas lesiones, el tratamiento se supeditará á una muy cautelosa administración de la vacuna sin provocar fenómenos reaccionales, suspendiéndola al menor indicio de agudización. 4.º La vacunoterapia, una vez implantada debe seguirse con aumento progresivo de dosis según las reacciones que se obtienen y disminuyéndolas si se presenta una nueva onda con arreglo á su intensidad, volviendo al tratamiento vacunoterápico intensivo una vez terminada la altura de la onda. 5.º El tratamiento vacunoterápico disminuye la intensidad de las ondas retardándolas ó evitándolas y definitivamente acortando el curso del proceso. Y 6.º La vacunoterapia en la fiebre de Malta ha de ser prolongada, y su resultado es tanto más eficaz cuanto más al comienzo sea instituida.

Termina el Dr. Durán de Cottés sintetizando sus trabajos diciendo que por lo que se refiere á España ha sido el primero en determinar la existencia de la fiebre de Malta en el hombre; determinar la existencia de la epizootia; puntualizar algunos extremos respecto al diagnóstico de sangre por dermorreacción y oftalmorreacción, y, por último, iniciar é insistir en un tratamiento específico, único de tal carácter, en la fiebre de Malta, y que es la vacunoterapia.

El Dr. MURILLO considera que esta enfermedad reúne dos circunstancias que dificultan el juicio en la cuestión de tratamiento de la misma. La primera es que la fiebre de Malta constituye una enfermedad de curso larguísimo: dura meses, y en alguna ocasión, años; y la segunda es la escasa mortalidad que produce, reducida á un 3 por 100; y añade, que si á una enfermedad de curso largo y mortalidad tan limitada se aplican tratamientos diversos, es difícil poder juzgar con acierto del resultado de cada uno de ellos. Que él se ha dirigido más por el camino de la seroterapia porque de los trabajos de Basset-Smith, médico militar inglés, no se saca una impresión demasiado halagüeña respecto al resultado de la vacunoterapia; que ésta no debe emplearse en los casos malignos y está contraindicada en los casos más graves. Añade que tiene cierta prevención hacia la vacunoterapia porque una Comisión inglesa, después de inocular centenares de cabras con cultivos del *micrococcus melitensis* y prolongar mucho tiempo el tratamiento, aquélla no consiguió ningún resultado. Que en el Instituto de Alfonso XIII se han inmunizado varias cabras y han sido muchos centenares de enfermos los que han acudido á la seroterapia, con resultados satisfactorios en la marcha de la enfermedad, y esto concuerda con los últimos estudios de Nicholle, Trambusti Donzello, que emplean su suero á altas dosis, no inferior á 60 c. c.

Termina diciendo que convendría que el Dr. Durán procurase decir en cuánto tiempo se han curado estos enfermos y cuánto tiempo ha transcurrido desde que se les ha dado de alta como curados, porque la fiebre ondulante es una enfermedad muy larga que tiene grandes períodos de aparente normalidad; pero que después se reproduce de nuevo, y convendría saber al cabo de cuánto tiempo han cedido los síntomas, y si después de aplicado el tratamiento se han producido nuevas fases de la enfermedad.

El Dr. HUERTAS, después de felicitar al Dr. Durán por su brillante comunicación clínica, se complace en manifestar que en muchos casos la vacunoterapia ha dado resultados eficacísimos. Cita el de un médico antiguo ayudante suyo del Hospital General que ejerce en La Carolina (Jaén), el cual vino el año último á Madrid en tan grave estado que, sospechando una tuberculosis ó un paludismo, vió el Dr. Durán



y mediante el análisis bacteriológico se comprobó que se trataba de fiebre de Malta. Se le inyectó la vacuna y á la tercera inyección desapareció una ciática dolorosísima que le impedía dormir; empezó por conciliar el sueño y poco después la curación fué completa.

Cita otro caso, de una señorita, hija de un distinguido compañero, que la vió en consulta con el Dr. Grinda; y por proceder la enferma de un país palúdico se llegó á pensar si se trataría del hematozoario de Laverán.

Intervino el Dr. Durán, y después de un estudio bacteriológico, se aclaró el diagnóstico y se empleó la vacunoterapia, en espera de un restablecimiento completo.

Refiriéndose á lo expuesto por el Dr. Murillo, dice que no está conforme con la estadística de mortalidad que ha referido, pues la conceptúa como una enfermedad de carácter grave y de más mortalidad que la que arrojan las estadísticas; y la considera grave esta infección: 1.º, porque se desconoce su diagnóstico en la mayor parte de los casos; 2.º, porque da lugar á un curso muy prolongado, y cuando esto ocurre en enfermos con taras orgánicas de pocas defensas, sucumben; y 3.º, porque despierta predisposiciones latentes, sobre todo la tuberculosis, frecuentemente en el aparato respiratorio, y no pocas veces en el riñón, acarreado también la muerte, aunque de una manera secundaria.

Termina el Dr. Huertas manifestando que el Dr. Durán, no sólo se ha limitado á emplear la vacunoterapia, sino á divulgarla, y que hoy se puede decir con orgullo que la fiebre de Malta estudiada en España por dicho bacteriólogo, lo ha sido en forma que no deja nada que desear.

El Dr. DURÁN DE COTTES rectifica brevemente. Contestando al Dr. Murillo, dice que la Comisión inglesa hace catorce años que estudió el asunto, y que hoy la mortalidad alcanza un 8 por 100, y no es de extrañar, porque de cada 100 enfermos que padezcan fiebre de Malta, raro ha de ser que no haya cuatro ó cinco con lesiones de corazón y de riñón que son de pronóstico gravísimo. Al efecto, recuerda un enfermo que fué gobernador de Málaga y que vió en consulta llamado por el Dr. Huertas, y al enterarse que padecía lesión aórtica, se negó á establecer la vacunoterapia por hallarse contraindicada; quince días después falleció.

En cuanto al concepto de malignidad referido por el Dr. Murillo, dice que hay enfermos que se curan casi sin tratamiento, mientras que otros, con un carácter tal de malignidad, por lesiones cardíacas, etc., se han salvado por intervenciones muy enérgicas.

En cuanto á la prueba de inmunización en los animales hay que tener presente que una cosa es obtener una inmunización con respecto á un proceso, y otra utilizar la inmunización como tratamiento.

El Dr. SIMONENA interviene en el debate para demostrar que la fiebre de Malta reviste carácter benigno, y lo prueba el que los enfermos van á la consulta por su propio pie; cita la autoridad del Dr. Sañudo, que decía que dicha enfermedad lame, pero no muere.

El Dr. HUERTAS rechaza ambos extremos, porque también van á la consulta por su propio pie tuberculosos, cardíacos, cancerosos, y no puede decirse que se trata de enfermedades benignas; y que respecto á la frase del Dr. Sañudo, que si bien en algunos casos el mal se limita á lamer, en no pocos muere con furia verdaderamente lupina.

El Dr. ESPINA tercia en la discusión y dice que no es tan benigna la fiebre de Malta, que á veces despierta lesiones dormidas ó inactivas; que no conoce nada más tóxico para el miocardio que una fiebre de 40º; que ninguna fiebre que pasa de cinco meses como la de Malta es leve.

El Dr. SIMONENA rechaza el argumento del Sr. Espina; que hay fiebres altas continuas que son mucho menos perniciosas y peligrosas que otras que duran menos tiempo.

El Dr. DURÁN DE COTTES agradece la intervención de los Sres. Simonena y Espina; que los enfermos que acuden por su propio pie á las consultas son de tipo ambulatorio.

El Dr. ESPINA contesta al Sr. Simonena y dice que el separar el problema térmico del tóxico es muy difícil de hacer; que es mucho más de calidad que de cantidad, y no puede negarse que la cantidad depende directamente de la calidad; de manera que si el Sr. Simonena quiere que la culpa no es de la temperatura, sino del germen, sea así; pero

es cierto que á temperaturas altas y á fiebres largas corresponden lesiones del miocardio.

El Dr. SIMONENA: Dos palabras para manifestar que él no ha dicho que la fiebre de Malta sea inocua, sino que su mortalidad no era tan excesiva como afirmó el Sr. Durán de Cottés, y que aun suponiendo que esa cifra del 8 por 100 sea exacta, hay que desglosar los casos de muertes producidas por complicaciones, y finalmente, que no está convencido de que produzca intoxicaciones é inflamaciones supurativas.

Dr. CESALDO

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 713,4; mínima, 705,0; temperatura máxima, 31º,8; id. mínima, 9º,2; vientos dominantes, NE. ENE. NNO.

El estado de la salud pública mejora considerablemente en relación con lo que en los meses anteriores venía observándose. La cifra de la mortalidad ha descendido en proporciones pocas veces alcanzadas. Los afectos agudos observados son las anginas tonsilares y los catarros benignos de las vías respiratorias y digestivas. Entre los afectos crónicos ofrecen algunas agravaciones los localizados en el hígado, en las vías biliares y en el aparato renal.

## Crónicas.

### ESPAÑA

**Noticia equivocada.**—En algún periódico hemos leído que en la distribución de Premios de la Exposición de Higiene, le ha sido conferida á EL SIGLO MEDICO una Medalla de Oro.

La noticia no puede ser exacta dado que nuestro periódico se presentó FUERA DE CONCURSO según hizo constar de modo *bien público*, por ser su director uno de los presidentes honorarios y, por lo tanto, individuo de la Junta Organizadora del Concurso.

**La fiesta de la flor en Madrid.**—El jueves día 5 se ha celebrado en Madrid la fiesta anual de la flor cuyo producto se destina íntegro á la asistencia de los tuberculosos pobres. Como pronosticábamos el año anterior en nuestro número de 22 de Junio, el aumento progresivo de la recaudación es un hecho. En el sexto año en que se ha celebrado la popular fiesta, la suma de los donativos y el producto de la cuestación ha elevado la cifra de su total á una cantidad superior de 160.000 pesetas.

En ninguno de los cinco años anteriores se había logrado un éxito parecido, pues en el que más se ha recaudado no se ha podido pasar ni aun llegar á los 30.000 duros.

Estos datos deben servir de satisfacción al esfuerzo desarrollado por los organizadores, de consuelo á los desgraciados tuberculosos á cuyo nombre se hace la cuestación, y de tranquilidad á todo el que se ocupa de proteger al desamparado, viendo que en nuestra Patria es cada día mayor el desprendimiento de todas las clases sociales en favor del necesitado.

**La viruela en Barcelona.**—La Prensa catalana y los correspondientes en aquella región de la de otras regiones, al dar cuenta de la invasión de viruela en la capital de Barcelona, derivan las causas de su proporción crecida á la inmigración de enfermos procedentes de provincias levantinas y de la capital de España.

No consideran por un momento siquiera nuestros compatriotas los catalanes, que nada significaría ese supuesta inmigración de enfermos si la población invadida se hallase toda ella vacunada y si las condiciones higiénicas de aquella capital le suficientemente progresivas que reclaman el número de habitantes y la importancia de la ciudad.

**Otro Congreso médico.**—Según noticias recibidas de Cataluña, en los primeros días del presente mes ha quedado acordado el programa de los festejos que se celebrarán en Tarragona durante los últimos días de Junio, con motivo del interesante Congreso de médicos de la lengua catalana que

# SIL-AL

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



ha de verificarse. Se calcula que asistirán unos 300 congresistas.

**Dimisión del director del Instituto Rubio.**— Recientemente se ha reunido la Junta de profesores del Instituto Rubio para acordar lo que procediera en vista de la dimisión que con carácter irrevocable había presentado el director de la corporación D. Juan Bravo.

Después de una discusión, en la que tomaron parte varios profesores, se acordó que se encargue interinamente de la dirección del establecimiento el doctor D. Luis Soler, subdirector propietario, dejando para ser resuelto en el próximo mes de Octubre el nombramiento definitivo de director.

**Del Colegio de Médicos de Bilbao.**— Se ha reunido la Junta de gobierno del Colegio de Médicos de Vizcaya y ha acordado celebrar Junta general extraordinaria el próximo domingo, en la que se procederá a la elección de presidente y vocales.

También acordó ir de acuerdo con la Junta de gobierno del Colegio de Médicos de Madrid, invitando al Gobierno a que estudie las siguientes peticiones:

«Que se ponga en vigor el Real decreto de 23 de Abril de 1915, sobre la reglamentación de Inspección Médica Escolar, dependiente del Ministerio de Instrucción Pública.

»Que se establezcan las Cátedras de Fisiología e Higiene en las Escuelas Normales de España, según determina el Real decreto de Agosto de 1914.

»Que se restablezca también la Cátedra de Higiene Escolar en las Escuelas de Estudios Superiores del Magisterio.

»Que se establezcan en las Escuelas Normales de Maestras, Cátedras de Puericultura y Maternología explicadas por doctores o licenciados en Medicina y Cirugía.»

He aquí un Colegio que entiende bien y patrióticamente los intereses de que es representación.

**Obituario.**—El día 31 de Mayo ha fallecido en Barcelona nuestro antiguo amigo y suscriptor D. Cándido Peña Gallegos. Con tan triste motivo enviamos nuestro sincero pésame a su viuda doña Ana Vélez y Vélez.

**Dolorosa pérdida.**— Al entrar en prensa nuestro número recibimos la sensible noticia de haber fallecido repentinamente en esta Corte el académico e ilustre publicista don Manuel de Tolosa Latour. En el número próximo publicaremos la biografía de nuestro querido amigo, cuya muerte constituye un verdadero duelo para la Medicina patria.

## AMÉRICA LATINA

### MÉJICO

El Dr. D. G. Gómez ha sido elegido presidente de la Cámara de Diputados de Méjico.

### PERÚ

**La mortalidad en Lima.**— Por primera vez en un número considerable de años, durante el de 1918 ha excedido la cifra de defunciones a la de nacimientos en esta capital (6.575 fallecimientos y 6.271 nacimientos).

La tuberculosis es la enfermedad que más muertos ha ocasionado.

**La ceguera en México.**— El número completo de los *Anales de la Sociedad Oftalmológica Mexicana* de Diciembre de 1918, está dedicado a una monografía sobre este asunto por el director del mismo, el Dr. D. M. Vélez. Da el número de casos de ceguera conocidos en los diferentes Estados, añadiendo que con una población total de más de 15 millones en el censo de 1910, había cerca de 12.000 personas ciegas registradas en todo México. Esto da una proporción de un 78,2 por 1.000 habitantes. En el censo de 1900, la proporción era de 95,2 por 1000. Sus datos demuestran más adelante que el 76,9 por 100 de los casos de ceguera fueron resultado de viruela, oftalmía neonatorum u oftalmía purulenta, y tan sólo un 12,28 por 100 de los casos no podían haber sido evitados por los medios conocidos hasta el presente. Sus cifras para otros países no dan más de un 43 por 100, por causas evitables.

### FRANCIA

**Educación de ambas manos en los niños.**— El Dr. Armaingaud se ha ocupado en la Academia de Medicina de París

de la importancia que tiene la utilización de la mano izquierda para todos los menesteres de la vida. Recuerda las opiniones de Licurgo, que dictó leyes para ello, sin resultado, Franklin en el siglo pasado y el general Baden Powel en el presente, y propone finalmente: 1.º, dirigir un llamamiento al pueblo francés a fin de que las madres de familia, en nombre del interés nacional y de la defensa del país, acostumbren a sus hijos, desde su primera edad, a usar de ambas manos; 2.º, invitar al ministro de Instrucción pública a hacer obligatorio en todas las Escuelas primarias y en todos los Establecimientos de instrucción secundaria, del uso igual de ambas manos; 3.º, favorecer la creación de un premio que se concedería anualmente al maestro que en Francia haya realizado, con éxito, esta reforma tan deseable.

**Asociación corporativa de internos de Medicina de los Hospitales.**— Acaba de crearse en París, donde tiene su domicilio social en la Pitié en casa de su presidente, una Asociación corporativa. Todos los miembros de esta Asociación formarán parte de la de internos y antiguos internos.

La Asociación, recientemente creada, se esforzará en obtener resultados esencialmente positivos, en establecer una estrecha alianza entre todos los internos en ejercicio, en defender los derechos y prerrogativas anejos al título y fines de los internos, y en fin, se propone obtener la unanimidad de todos los internos regresados de los ejércitos.

**El Museo Landouzy.**— Se ha constituido en París un Comité que se propone fundar en la Facultad de Medicina un Museo Landouzy. Esta fundación unida a la cátedra de Terapéutica será instalada en una sala especial adornada del busto del maestro.

Los suscriptores cuyas cuotas para el referido museo asciendan a 25 ó más pesetas, recibirán una medalla en la que irá grabada la efigie del maestro.

Las suscripciones se reciben en casa de M. Masson, editor, boulevard Saint-Germain, París.

**Aumento de tarifas.**— En la última asamblea general, el Sindicato de médicos de Chambery y de Saboya ha adoptado por unanimidad el acuerdo de que la tarifa reguladora de la Asistencia médica gratuita sea aumentada en la proporción de un 200 por 100. Este aumento deberá llevarse también a los honorarios médicos y a los costes de traslado.

## BÉLGICA

**Real Academia de Medicina de Bélgica.**— Programa de los concursos 1913-1919.

I. Dilucidar por hechos clínicos, y al ser preciso por experimentos, la patogenia y la terapéutica de las enfermedades de los centros nerviosos, principalmente de la epilepsia. Premio: 17.500 francos. (Clausura 15 de Octubre de 1919.)

II. Estudiar las alteraciones de las glándulas cutáneas y de las glándulas digestivas en la nefritis crónica. Premio: 800 francos. (Clausura 15 de Julio de 1920.)

III. Nuevas investigaciones sobre los procedimientos para quitar de los bacilos tíficos los portadores de gérmenes. Premio: 800 francos. (Clausura 15 de Julio de 1920.)

IV. *Premio Alvarenga:* 720 francos. (Clausura 15 de Enero de 1920.) Para el mejor trabajo médico sobre cualquier rama de la Medicina.

V. *Premio Melsens:* 1.400 francos. (Clausura el 20 de Enero de 1920.) Para una obra sobre la higiene profesional.

Para las condiciones de los concursos, dirigirse a la Oficina de la Academia, Palacio de las Academias, Bruselas

## INGLATERRA

**Congreso de Sanidad.**— El embajador de España en Londres ha transmitido al Ministerio de Estado la invitación hecha por conducto suyo, para que el Gobierno de Su Majestad designe representantes que, en su nombre, asistan al próximo Congreso que en Newcastle-on-Tyne celebrará el Instituto Real de Sanidad de aquella capital en los días 28 de Julio a 2 de Agosto del corriente año.

El fin de dicho Congreso es la discusión de asuntos relacionados con la salud pública, y de su importancia permite juzgar el hecho de que en los preliminares se hayan reunido más de 2.000 delegados.

**LA DIABETES**  
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL  
**VINO URANADO PESQUI**

que elimina el azúcar a 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



**Progresos de la lucha antituberculosa en Inglaterra.**

—En 1911 las autoridades locales (fuera de las autoridades de la asistencia pública) disponían, más ó menos, de 1.300 camas para hospitalización de los tuberculosos y 4.200 camas existían en sanatorios ó establecimientos privados. En 1916 el número de camas creadas por las autoridades de la salud pública había ascendido á 6.072, el de camas ofrecidas benévolamente á 5.821, ó sea un total de 11.893 camas en vez de 5.500 en 1911.

En este último año existían solamente de 25 á 30 dispensarios para tuberculosos. En 1917 el número ascendía á 371.

**ESTADOS UNIDOS DEL NORTE**

**Defunciones en el ejército.**—El Departamento de Guerra da las cifras siguientes de defunciones durante la guerra hasta el 29 de Abril de 1919: 111.179; de éstos, 56.632, ó sea el 51 por 100, son de enfermedades; 43 por 100 en las batallas ó de heridas recibidas en las mismas y de otros accidentes. De los muertos por enfermedad, cerca de 12.000 han ocurrido desde la cesación de las hostilidades.

**Hotel con hospital.**—El nuevo hotel Pennsylvania de New-York acaba de abrir un hospital completo con su sala de cirugía, aparatos de rayos Roentgen, etc., para uso de sus 2.000 empleados.

Este hotel, abierto hace algunos meses, tenía hasta ahora una clínica por la cual pasaban unos 60 enfermos por día.

**GENERAL**

**La Cruz Roja y la campaña contra el tifus.**—La Liga de Sociedades de la Cruz Roja ha dirigido un llamamiento á las Sociedades de los Estados Unidos, Inglaterra, Francia, Italia, Japón y á otras 24 Sociedades nacionales, para emprender una campaña contra el tifus en el Sudeste de Europa.

El material disponible y el personal médico de los ejércitos americano y británico será transportado á los sitios donde hay focos de infección.

Todas las Sociedades de la Cruz Roja han sido invitadas para tomar parte en la lucha contra tan terrible epidemia.

**La filantropía y la enseñanza.**—Conocida es nuestra manera de pensar acerca de la diferencia en la forma de desarrollarse la filantropía en España y en los demás países, sobre todo en los anglosajones.

Las excepciones dignas de alabanza en lo que á nuestro país se refiere, han sido señaladas por nosotros mismos. Pero esas mismas excepciones confirman la triste regla de que la escala en que se practica de una manera positiva y eficaz ese sentimiento noble, es muy inferior á como se hace en Inglaterra y Estados Unidos.

Sirvamos de ejemplo á imitar los siguientes datos:

De la estadística publicada en Inglaterra y en los Estados Unidos resulta que la enseñanza se ha beneficiado en cerca de 500 millones de pesetas en ambos países merced al desprendimiento de sus grandes capitalistas.

El último donante en Inglaterra ha sido el exportador de carbones de Londres Mr. Charles Kerr, quien destina 5.000 millones de pesetas á los Centros de educación.

Estos datos unidos al del legado de mister Frank W. Woolworth que de su fortuna (200 millones de pesetas) dejó 50 á los establecimientos de enseñanza, han sido recogidos de la Prensa americana é inglesa en referencia solamente al tiempo transcurrido desde 1.º de Enero último.

¿Harán lo mismo nuestros acaparadores?

Acto seguido se levantó la sesión.

**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

**ODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE**  
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, catarrros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

## PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



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

### GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa Maria de la Cabeza, núm. 1. — Madrid, Tel 5F2.

## TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO HABITUAL

CON PETROSINA LIQUIDA GARCÍA SUÁREZ

La Petrosina es un hidrocarburo insípido que estimula la secreción de líquidos en el aparato digestivo facilitando la expulsión del excremento, inofensivo en todas las edades.

## ¿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.