

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
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.

F. GONZÁLEZ AGUILAR
Director-Médico del Instituto Cervantes.

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.

B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico Jefe de la Inelusa y Colegio de la Paz.

T. HERNANDO
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

F. LOPEZ PRIETO
Ex-Médico-Titular.

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

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

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

B. NAVARRO CÁNOVAS
Profesor de Radiología del Hospital Militar.

J. ORTIZ DE LA TORRE
Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

S. PASCUAL Y RÍOS
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.

A. PULIDO MARTÍN
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

P. DEL RÍO HORTEGA
Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

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

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: Colestitis calculosa, absceso hepático sin ictericia, laparotomía sin sutura, por el Dr. Enrique Slocker.—Un caso de miasis cutánea, por D. Enrique Herva. —Sífilis cerebral y psicosis sífilíticas, por el Dr. Gonzalo R. Lafora.—La significación de los filamentos uretrales, por el Dr. Sicilia.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—El delito sanitario, por José Francos Rodríguez.—Que te crees tú eso, por X.—Memorias de un pensionado, por el Dr. Albiñana.—[Caridad! Caridad!—Sociedad Española de Higiene.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Necrología, por Pittaluga.—Sección oficial: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Ministerio de la Guerra.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Colecistitis calculosa, absceso hepático sin ictericia, laparotomía sin sutura

POR EL

DR. ENRIQUE SLOCKER

Jefe de la Sección de Cirugía general del Instituto Rubio.

Con estas inauguramos breves notas aserca de cirugía clínica, gástrica y de vías biliares.

La primera se refiere al comentario que nos puede sugerir una enferma afecta de un solo cólico sin ictericia, con abultamiento en la región hepática, dolores irradiados al hombro derecho en la primera época de enfermedad, al izquierdo últimamente; perturbaciones gástricas variadas durante las crisis; algunas veces vómitos, acidez, estreñimiento y sensación de gran abultamiento en el abdomen. Insomnio é imposibilidad de permanecer en ningún decúbito hasta que el sueño y la fatiga rinden á la enferma.

A la exploración nota un dolor en la región vesicular á la palpación y una zona de defensa, cuyos límites se extienden por debajo del reborde costal, sin que se llegue á percibir la clara sensación de vesícula con cálculos como otras veces tenemos ocasión de comprobar.

La enferma ha sido tratada como enferma gástrica durante una larga temporada, pues la crisis de dolor, que fué un verdadero cólico hepático, ha sido interpretada por internistas que han asistido á la enferma, como crisis gástrica de hiperclorhidria, sometiendo á la enferma al plan dietético y terapéutico correspondiente.

En algunos momentos la presión profunda llega á producir una fuerte contractura del recto derecho.

La enferma se encuentra bastante agotada; presión sanguínea baja; pulso algo frecuente.

El análisis de orina únicamente proporciona el dato de indicios de pigmentos biliares y ligera indicaturia. Los antecedentes que la enferma expone, al querer investigar por el interrogatorio, son claramente de cólicos hepáticos: no así las irradiaciones dolorosas que últimamente la enferma ha sufrido y sufre en el momento de la exploración. Parece que ha habido un período, aquel á que me refería antes, en que fué tratada como enferma de estómago, en que dolores y perturbaciones funcionales aparentaban que en efecto podía tratarse de cuadro clínico semejante al de los enfermos de úlcera en un período de agudización de su lesión. Tenía signos locales de una peritonitis, limitada á signos pilóricos por ejemplo, y que no pasa de este período en que estos signos locales se yugulan, y es la terminación provisional, una serie de adherencias y exudados que al resolverse fijan órganos ó al menos limitan su movilidad.

El análisis de sangre apenas sirve para enjuiciar en este caso, pues acusa una ligera polinucleosis y dos eosinófilos. No hay sangre en heces fecales, y como el análisis del jugo gástrico no acusa más que ligera hiperacidez, y por otra parte no juzgo pertinente hacer una radiografía, puesto que aparte las dificultades para obtener sombra de cálculos, de dudosa interpretación, no hay que olvidar que la zona inflamada obscurece de una manera uniforme el campo y perturba la lectura de la placa, propongo intervención diagnosticando colecistitis calculosa con pericolecistitis.

Se acepta, y previos los cuidados á que tantas veces me

he referido al tratarse de intervenciones de este género, intervengo á últimos de Enero pasado haciendo una incisión paralela á la línea media y á través del recto derecho, desde cerca del reborde costal hasta la línea apendicular. Desde el primer momento al ver el hígado me doy cuenta de que estaba bien percibido el aumento de volumen del mismo; superficie ligeramente desigual, congestionada en algunos puntos semejantes á pequeñas apoplejías subcapsulares; tendencia á desaparecer el borde, que está redondeado y tiende á prolapsarse por la incisión. La desigual consistencia de la masa hepática recuerda la sensación inconfundible que hemos experimentado en algunas ocasiones al tocar una neoplasia maligna de este órgano. Y tal impresión parece apoderarse de nuestro ánimo cuando separamos, ó mejor dicho intentamos separar los órganos adheridos á la cara inferior del hígado, pues el borde derecho del gran epiplón se encuentra formando una envoltura total á la vesícula, que al fin logro palpar á través de la grasa; desde luego rellena de cálculos y con alguna tensión. Al deshacer cuidadosamente esta adherencia se colocaron grandes gasas esterilizadas, que van aislando estómago, duodeno y meso; descubro el fondo engrosado y duro que al primer contacto, frágil, se rompe y deja salir una pequeña cantidad de pus fetidísimo; pero este pus, ¿viene de vesícula?, no: el pus viene de una geoda fraguada en pleno parénquima hepático y por lo visto comunicante por un pequeño tractus con la luz vesicular; meto una pinza cerrada por el orificio izquierdo, doy salida al pus, la abro y sale una mayor cantidad que cuidadosamente recojo sobre una gasa que renuevo cuidadosamente. Entonces procedo á aislar la vesícula y no lo logro máa que en parte, pues sus paredes friables se deshacen. Extraigo treinta y tantos cálculos. Una cucharilla roma me permite desencajar del lado de la vesícula algunos cálculos moldeados en el cístico y que el dedo no me permite extraer; ha resultado, pues, una colecistectomía parcial atípica y una hepatotomía por absceso. Termino la operación rellenando de gasa yodofórmica húmeda Morant, la cavidad del absceso, así como el hueco vesicular, colocando en el conducto cístico una sonda de goma del número 20; renuevo la gasa de aislamiento, y el hígado, menos abultado que al principio, se ha reducido cuidadosamente por una compresa graduada hacia el fondo de la incisión; dos ligaduras de vasos que sangran y ningún punto de sutura.

La anestesia general al éter con el aparato Ombredane ha sostenido á la enferma muy bien durante todo el curso de la intervención, al fin de la que exploro por catererismo el colédoco, arriba y abajo sin encontrar cálculos.

Transcurridas veinticuatro horas, la enferma se encuentra perfectamente; ha dormido, expulsión espontánea de orina sin molestias y el apósito ligeramente manchado de sangre y bilis. Se renueva la cura á las cuarenta y ocho horas, pero dejando en su lugar la gasa de aislamiento y únicamente renovamos la sonda y la gasa yodofórmica.

El hígado menos voluminoso, la herida sigue con buen aspecto y el estado general bueno.

Este caso suscita el recuerdo de la existencia de hepatitis coexistente con colecistitis y á este propósito no puedo por menos de recordar un interesantísimo trabajo de Graham en el *Surgeri Gynecology and Obstetric* de Mayo de 1918, y las ideas expuestas por Edward C. Rosenow á propósito de la patogenia de la apendicitis úlcera del estómago y colecistitis espontánea y experimental que apareció en el tomo VII de *Collected Papers of the Mayo Clinic*, de Rochester.

De treinta casos á que se refiere el artículo del primero de estos autores, el 87 por 100 de ellos sufrían alteraciones

infecciosas del hígado consecutivas á la colecistitis, y ya veía yo reparando en que un gran número de enfermos que operamos aquí de absceso hepático (siendo poco frecuente el de origen amibiano) eran consecutivos á la litiasis biliar, tanto que en algunos enfermos cerca de los cuales fuimos llamados en consulta hubimos de prevenir á la familia de que el enfermo no se encontraría curado completamente con la simple incisión del absceso hepático, sino que después habría de sufrir otra intervención sobre la vesícula biliar, foco y origen de la supuración.

Este autor que sistemáticamente ha recogido trozos de tejido hepático durante la operación en todos los casos, para hacer un estudio bacteriológico y microscópico, resume así el resultado del examen de las preparaciones:

Núm. 1. En los casos de colecistitis aguda o subaguda se ha encontrado constantemente en las preparaciones signos de inflamación evidente.

Núm. 2. La inflamación hepática se caracteriza por infiltración leucocitaria de los espacios pericostales é interlobulares. En algunos territorios la infiltración se prolonga á la periferia de los glóbulos ocasionando pequeños focos de necrosis y de edema.

Núm. 3. Cultivos del tejido hepático y de la bilis extraída de la vesícula hacen germinar un microorganismo idéntico en ambos casos.

Núm. 4. En la colecistitis crónica las lesiones microscópicas del hígado presentan á menudo formas semejantes ó idénticas á las que se ven en las cirrosis.

Núm. 5. La reacción inflamatoria aparece principalmente como una pericolangitis.

Núm. 6. El aumento de volumen del hígado es probablemente debido al edema. En todos los casos á que se refiere este artículo el volumen del hígado se ha hecho normal después del tratamiento quirúrgico (lo mismo que en este caso nuestro que he descrito y otros que he tenido después).

Estas lesiones cirróticas se presentan aún no habiendo tenido el enfermo éxtasis biliar.

Esta última cuestión es de una gran importancia desde el punto de vista del diagnóstico, porque el aumento de volumen total ó parcial del hígado sería bien explicable en los casos de retención biliar por cálculo enclavado, pues aunque en muchas ocasiones éste se moviliza y permite el paso de la bilis y hasta la desaparición del síndrome icterico, no llega á resolverse el éxtasis biliar en el hígado persistiendo los focos de apoplejía biliar determinados por la obstrucción.

En ésta, como en cualquier otra glándula, la retención de las secreciones, bien por obstrucción ó por congestión, es el campo mejor abonado para las infecciones; que de atenuadas que se presentan en un principio, pueden llegar á la supuración determinando colecciones quirúrgica ó espontáneamente abiertas.

Es natural que, dadas las relaciones de vecindad, de contacto, irrigación linfáticas de la vesícula é hígado, se comprenda la propagación de la infección contando ó no con la vía mucosa.

En nuestro caso, el hecho de no haber existido ictericia es digno de tenerse en cuenta, no sólo porque significa, habiendo cálculos en vesícula, que éstos no determinaron obstrucción, sino que el tamaño del hígado no podía estar relacionado con obstrucción biliar, y sí únicamente con infección.

En otro caso, de un hombre de treinta y ocho años, á quien operamos de urgencia de empiema de vesícula biliar, no había tenido ictericia y no había colección en el hígado, y sin embargo, el aumento de volumen del hígado, mayor en

los alrededores de la vesícula, también aumentado de volumen en el resto, prueba, en efecto, que son lesiones inflamatorias con edema las que provocan dicho aumento, como dice Graham.

Según este autor, sería interesante saber si la hepatitis sería primitiva ó consecutiva en la colecistitis.

Desgraciadamente los trabajos experimentales no han podido establecer de una manera clara y definitiva cuál de los dos aspectos es el verdadero; lo que se puede asegurar es que si hay una colecistitis, es muy probable que la infección ascienda al hígado por la vía linfática á que me refería antes.

No habiendo retención biliar ni una verdadera infección ascendente de vías naturales, creo que no cabe sostenerse el desagüe más que el tiempo necesario para evitar el derrame del líquido biliar en la cavidad peritoneal y mientras se forman las adherencias de aislamiento del foco operatorio; en ocasiones se provoca ascitis. (Vital Aza.)

Yo venía utilizando, á más del desagüe del cístico ó el colédoco con sonda de Nélaton, una tira de gasa yodoformica ó no, que rellenaba el hueco que ocupaba la vesícula y que al propio tiempo que taponaba la zona del hígado de donde la desprendimos, sirve para empapar el rozamiento por fuera de las paredes de la zona y llevándola al exterior; ponemos una cuidadosa sutura, dejando únicamente sin gasa la zona por donde salió el desagüe; en algunas ocasiones cuando dejábamos material de sutura no reabsorbible, hubimos de retirar en algunos casos en una sesión ó en varias todos los puntos locales.

Es interesante considerar este aspecto del desagüe desde dos puntos de vista; primero, del desagüe biliar, y segundo, del desagüe de la cavidad peritoneal.

Del desagüe biliar y desde este punto de vista, repetimos es útil y necesario prolongar durante unos días la descarga de la bilis para comenzar á desengorgar el hígado y al propio tiempo preparar la expulsión de líquidos sépticos, que de otro modo quedarían retenidos; cuando en estas condiciones y á los pocos días hay una elevación de temperatura que no remite hasta que se retira ó se limpia; pero no siendo este caso no conviene prolongarle, pues no ha de resultar inocente para los conductos el contacto sostenido de la sonda, y al mismo tiempo priva al organismo de la colaboración preciosa de la bilis en la digestión; por otra parte, no es inocente en absoluto esta pérdida biliar, pues los enfermos se desnutren y hasta se llegan a producir trastornos de osteoporosis, que fueron observados primero en el perro por Seidel, de Dresde, y luego confirmados en la clínica. Pawleono, y después Looser, observaron que los perros atacados de fistulas biliares, largo tiempo sostenidas, tenían una particular blandura de los huesos, cuyas lesiones microscópicas eran de proceso atrópico y de osteoporosis.

Seidel ha confirmado que las fistulas biliares forzosamente, no sólo son una enfermedad desagradable para el enfermo, sino que constituyen un serio peligro; por el momento podemos establecer la relación entre la fistula biliar y las alteraciones óseas.

El primer caso á que se refiere esta comunicación es al XXXIX Congreso Nacional de Cirugía de Berlín de 1910: de una mujer colecistectomizada tres años y medio antes y que desde entonces tenía una fistula biliar y deposiciones acólicas.

La enferma estaba muy débil y á pesar de su emaciación se intenta establecer la fistula de la vesícula con el intestino, pero la enferma sucumbió diez y ocho días después.

La autopsia reveló, á más de un cálculo en el colédoco, lesiones óseas especiales, fractura de varias costillas, adelgazamiento de la capa cortical de todos los huesos examina-

dos al microscopio, osteoporosis con exageraciones de la reabsorción por los osteoclastos, quedando apariencias óseas normales, siendo por circunstancias precisas muy diferentes al de osteoporosis senil.

Otro enfermo, que vivió cinco años después de la operación, conservaba una fistula intermitente que luego se hizo permanente, con deposiciones decoloradas de cuando en cuando. Aparecen poco á poco dolores en diversas regiones del cuerpo y en particular en los muslos y en la pelvis; la marcha se hace vacilante y difícil; la columna dorsolumbar se aplasta en citoscoliosis. Cuando en el último período á que se refiere el autor domina la secreción de la fistula, el estado general mejoraba y todos los síntomas cedían.

Aunque no se llegó a hacer la autopsia, el hecho parece tan demostrativo como el primero.

No participo de la opinión de Franke que concede al desagüe el valor de mejorar la angiocolitis siempre, pero es indudable que en casos de infección hay que desaguar.

No hay que perder de vista que la gasa que se coloca en el lecho vesicular tapona muy bien, pero en ocasiones cuando ya han pasado tres días, no hace su papel sólo para taponar la sangre, sino también los exudados, y en este caso hay que renovarla con la frecuencia bastante, para evitar la estancación de los mismos. No es indiferente considerar que muchas veces restablecido el curso normal de la bilis no salga por la fistula de la vesícula en unos cuantos días y después de pasados algunos, brota de nuevo; es indudable que, á pesar de la permeabilidad de las vías bajas, todavía hay infección y no hay inconveniente en colocar la sonda de nuevo, hasta que es expulsada espontáneamente, casi siempre de una manera definitiva.

Por lo que se refiere á la utilización del aislamiento primitivo del foco operatorio, debo hacer constar que utilizo la colocación de las grandes gasas de aislamiento á ser posible, dejando las primeras que se colocaron después de practicar la incisión, sin colocar sutura, como le ví hacer al Dr. Raventós, de Barcelona, no dejándome al principio muy convencido; pero después de su utilización, verdaderamente lo aconsejo con entusiasmo. No hay que perder de vista que en la incisión á través del recto, el peritoneo se retrae mucho y casi siempre al hacer la sutura del mismo se rasga con frecuencia, pues no sucede lo mismo que con el de la región infraumbilical, que después de una laparotomía media, sobra peritoneo para la sutura. Al romperse siempre quedan zonas desprovistas de serosa en la sutura, y, por lo tanto, es ilusoria la coaptación de los planos, y si lo que tratamos de obtener es la seguridad de evitar evisceraciones, y esto se consigue sin sutura, porque la práctica así lo demuestra, y es evidente que aun suturando no lo podemos hacer en aquella parte de la incisión destinada á desagüe y taponamiento, podemos, pues, muy bien, prescindir de este tiempo tan engorroso que nos lleva más de media hora.

Cuando por adherencias ó por necesidades momentáneas de la intervención hemos de prolongar la incisión hacia abajo, ponemos un tractor con rodillos de gasa que achica un poco la incisión y que retiramos al quinto ó sexto día.

En otro artículo comentaremos algunas ideas nuevas sobre diagnóstico y tratamiento de enfermedades de vesícula y vías biliares.

No hay que olvidar que las dificultades de cada caso hay que resolverlas de momento y al encontrarnos con un aumento de volumen del hígado de enfermos de colecistitis que no hayan tenido ictericia ó haga mucho tiempo que la padecieron, hay que explorar minuciosamente por si existen abscesos que de no encontrarlos, dejan al paciente en análoga ó peor situación que antes.

No hay que olvidar que en ocasiones el conducto cístico tiene edema y aun está comprendido por el aumento de volumen de dos ganglios que existen en el espesor del omento gastro-hepático, y por lo tanto, que puede simular lesiones oclusivas calcúlosas que no son de tal índole.

UN CASO DE MIASIS CUTANEA

POR

D. ENRIQUE HERVADA

Cuando una consulta va acompañada de riqueza de detalles que nos parecen de exagerada autoobservación, predispone el ánimo para pensar en la ingerencia psíquica de algunas molestias somáticas, y sin embargo, sólo después de una minuciosa exploración, tenemos derecho a juzgar los síntomas subjetivos y clasificarlos como nosológicamente corresponde.

Bien entendido que un psicasténico ó un histérico pueden tener las mismas enfermedades que el que no lo sea, pero acostumbrados á sus constantes quejas—para oír las cuales no sirven todos los médicos,—no las fundamentamos con la exploración como cuando la consulta no parte de un psicópata conocido.

Un enfermo de esta clase, que en realidad el pobre nos enervaba como á los demás médicos de la Coruña, vino á quejársenos de tener una espina en la garganta que lo traía desesperado. Había recorrido varios consultorios sin ser admitido, y aunque esta nota parezca inhumana, se atenúa, en parte, considerando que sus interminables consultas eran capaces de inutilizar la labor de un médico práctico.

Creiendo despacharlo más pronto, hablando menos y observando más, le miré la faringe y le quité una espina de pescado que tenía en la amígdala derecha. Este enfermo, que salió muy contento, iba comentando: «Por lo visto todo lo que me pasa á mí tiene que ser chifladura».

Hace unos meses se presentó en mi consultorio, acompañado de su madre, un mozuelo dedicado á las faenas del campo. El rapaz se quejaba de tener un verme que subcutáneamente le recorría grandes extensiones, palpándolo alguna vez y dándole la sensación de tenerlo entre los dedos. En una ocasión el verme salió por la piel del escroto, después de sufrir durante unos días una tumefacción dolorosa localizada de bastante volumen. Mandé desnudar al enfermo, y como no observara nada positivo, dudé de sus sensaciones é interpretaciones, presumiendo que los parásitos hallados serían oxiuros ó lombrices de espontánea evacuación. La administración de santonina dió salida á 14 ascárides, que según el enfermo, en nada se parecían al parásito salido por el flemón escrotal.

Un mes más tarde acude el paciente á enseñar un forúnculo en la espalda, doloroso espontáneamente y á la palpación, del tamaño de un garbanzo grande, con el empastamiento periforunculooso consiguiente, y en cuya periferia se veía un rastro lineal, erosivo, de unos 10 centímetros de diámetro, y que era como un trayecto centripeto.

Apretando suavemente salió una larva blanca, con movimientos vermiformes. El paciente reconoció la identidad con la anterior y nos ratificó las sensaciones de recorrido que antes de su salida había experimentado.

Era una larva de mosca, según nos comprobó el profesor Pittaluga, y que el enfermo y su madre nos describían con conocimiento de causa, como iguales á las de los bueyes que ellos cuidaban. Después reconocimos la pureza de las descripciones, y leímos cómo las larvas de *Hipoderma*

bovis efectúan en el hombre trayectos más ó menos largos debajo de la piel, produciendo de tiempo en tiempo, tumores en el sitio donde ellas están detenidas, y cómo se puede seguir el camino de una larva y aun sentir á la palpación el parásito como un cuerpo duro y cómo puede observarse esta dermatozoosis en niños dedicados al cuidado de animales, á los que acuden las moscas, dado el olor de establo de que están impregnados.

En realidad estábamos desorientados, y de no obtener la larva, dudáramos de las descripciones y quedaría en suspenso un diagnóstico. ¡Quedan tantos...!

La Coruña, Enero 1920.

SIFILIS CEREBRAL Y PSICOSIS SIFILITICAS (1)

POR EL

DR. GONZALO R. LAFORA

Expatólogo del Manicomio federal del Washington.

Citaremos también como formas psicóticas menos comunes de la sífilis cerebral los estados de *delirio agudo* descritos por *Marcus* en sífilíticos antiguos. Los enfermos presentan bruscamente gran insomnio, deliran, tienen terrores, desconocen á las personas y lo que les rodea y más tarde presentan algún síntoma neurológico. Mejoran rápidamente por el tratamiento específico. Otros autores han descrito estados semejantes bajo el diagnóstico de amencia.

Las formas *paranoides* de la sífilis cerebral y de la *tabes* son muy discutidas. Hay una forma aguda y otra crónica y en ambas se observan ideas delirantes de colorido persecutorio, especialmente el delirio de celos, con alucinaciones auditivas muy marcadas y estados de excitación con ansiedad, sobre todo en la forma aguda. *Plaut* las ha descrito bajo el título de *alucinosis de los sífilíticos*. El síntoma dominante son las alucinaciones auditivas, que pueden observarse también de un modo persistente en algunos casos de parálisis general incipiente como en un caso nuestro. Algunos enfermos crónicos tienen consciencia de su enfermedad y piden ser reclusos en un sanatorio. Se diferencian estos casos de los paranoides de la demencia precoz porque en ellos falta el aislamiento de la personalidad (autismo) y las inhibiciones típicas de los esquizofrénicos.

También se han observado algunos casos de *síndrome de Korsakoff* en la sífilis cerebral sin intervención del alcoholismo, atribuyéndose á la intoxicación sífilítica. El síndrome amnésico, las confabulaciones y falsificación de recuerdos se han observado también en algunos parálisis generales.

Para terminar trataremos de la cuestión de la *pseudo parálisis general*. Dice *Kraepelin* que muchos casos de sífilis cerebral ofrecen una sintomatología que recuerda la parálisis general. Muchos transcurren como casos de «demencia simple» con disminución de las capacidades intelectuales apreciada por el mismo enfermo que se queja de «entontecimiento» y otros síntomas frontales transitorios y poco intensos, como confusión ó alucina-

(1) Véase el número anterior.

ciones, que pueden observarse á continuación de alguna convulsión. Obsérvanse además síntomas físicos (cefalalgia, desmayos, vértigos, paresias, convulsiones y parálisis oculares ó faciales). En la sangre se comprueba un Wassermann positivo; en el líquido puede ser negativo, pero no las demás reacciones. En otros casos, la demencia va acompañada de otros síntomas mentales, tales como delirio de grandezas, síndrome de Korsakoff, ó síndrome paranoide. La mayoría de estos casos mejoran rápidamente con el tratamiento específico, pero siempre queda un déficit mental residual.

La *diferenciación* entre la pseudoparálisis y la parálisis general puede ser muy difícil. En la mayoría de los casos sirven para distinguirlas varias características que son: *a)* en la parálisis general la relación entre los síntomas mentales y los orgánicos marca un predominio de los primeros, é inversamente en la pseudoparálisis; *b)* la demencia de la pseudoparálisis es «lagunar», no comprendiendo todos los territorios de la vida psíquica, mientras que en la parálisis general es más «global»; *c)* en la pseudoparálisis es frecuente que haya consciencia de la enfermedad y el paciente pide ser recluso en un sanatorio, lo que no sucede en la parálisis general; *d)* en la pseudoparálisis hay síntomas focales con mucha frecuencia; y *e)* el análisis del líquido cefalorraquídeo da por resultado que las cinco reacciones sean fuertemente positivas en la parálisis general con curva de Lange típica de la parálisis general, y en la pseudoparálisis puede faltar el Wassermann del líquido y la curva de Lange no tiene el carácter de la parálisis general (5555581900) sino el de la sífilis cerebral (3333221000). Ahora bien, esta diferenciación no siempre es tan sencilla, pues hay casos descritos de pseudoparálisis general, comprobados anatomopatológicamente en el estudio postmortal y que dieron serológicamente las reacciones de la parálisis general y á su vez hay casos de parálisis general de forma estacionaria que pueden dar reacciones de pseudoparálisis general. Atendiendo á estas razones dicen Southard y Solomon (1) recientemente, que «nadie puede ahora dar un diagnóstico diferencial seguro entre la forma parálitico general y la forma difusa no parálitica de la neurosífilis en diversas fases de estas afecciones, aun con todos los refinamientos del laboratorio». Nosotros hemos observado varios casos seguros de sífilis cerebral por su sintomatología y curso clínico, los cuales nos han dado todas las reacciones iguales á las de la parálisis general en sus formas menos intensas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Las lesiones macroscópicas que se observan en la neurosífilis cerebral son: opacidad y espesamiento de la piamadre por el proceso meníngeo y la presencia ocasional de uno ó varios gomas sífilíticas. Estos pueden estar repartidos por la superficie cerebral, partiendo del tejido pial, ó bien se localizan en la profundidad de la sustancia blanca como derivados de los vasos (arteritis gomosa). Tienen un aspecto amarillento y gelatinoso y

rodeado de una zona congestiva de reacción. En la aorta es frecuente observar el ateroma blando.

Histopatológicamente se han dividido los procesos sífilíticos cerebrales en *inflamatorios* ó con infiltraciones vasculares (meningo encefalitis, gomas, septicemia espiroquética) y *no inflamatorios* (endarteritis de Heubner).

El proceso anatomopatológico de la sífilis se inicia siempre por los vasos y la piamadre, punto de partida de todo proceso sífilítico del sistema nervioso central. De aquí el proceso va invadiendo poco á poco las demás estructuras del tejido y las últimas son el parénquima nervioso. Las formas parenquimatosas son, pues, las fases más avanzadas y más graves del proceso sífilítico nervioso. Las formas vasculares endarteríticas son probablemente procesos meningovasculares casi curados y con residuos de lesiones en los vasos.

La estructura de los *gomas* consiste en una zona central de detritus celulares (zona caseosa) que está rodeada de una capa de fibroblastos y más periféricamente de una zona de infiltración vascular con linfocitos y células plasmáticas. En la *meningoencefalitis* hay degeneraciones agudas de las células nerviosas corticales. Las lesiones vasculares no están uniformemente repartidas como en la parálisis general, sino que aparecen en focos y sólo comprenden á los vasos grandes y medianos, pero los pequeños capilares no suelen estar infiltrados como en la parálisis general. El engrosamiento é infiltración linfocitaria de la piamadre es muy considerable. También se encuentran abundantes células plasmáticas. En la *endarteritis sífilítica* de Heubner los vasos no están casi infiltrados, pero hay en zonas determinadas de ellos considerables engrosamientos de la pared endotelial que dan lugar á la endarteritis *obliterante* ó *trombótica*. En algunos casos las lesiones se extienden á las demás capas del vaso (media y adventicia) y entonces se producen las roturas vasculares de la «sífilis cerebral apoplética». Hay una forma de *endarteritis sífilítica de los vasos pequeños* descrita por Alzheimer que da lugar á múltiples reblandecimientos pequeños corticales y se diferencia de la parálisis general en que no hay casi infiltraciones vasculares, en la abundancia de reblandecimientos en la corteza (devastación cortical), en que se produce menos atrofia cortical y en que las lesiones no son difusas. Macroscópicamente aparece la corteza como agusanada y semeja á la microgiria (falsa microgiria) y clínicamente se observan síntomas de confusión demencial, y convulsiones que á veces semejan á la parálisis general.

La *meningo encefalitis cerebral difusa sífilítica* da lugar clínicamente á la *pseudoparálisis general*. Las lesiones son más difusas que en la forma circunscrita, pero no hay las lesiones parenquimatosas intensas de la parálisis general (atrofia cortical, degeneraciones neuronales) y además se observan algunas lesiones focales gomatosas ó vasculares (reblandecimientos). Realmente hay una gradación insensible entre la histopatología de estos casos y la de los paráliticos incipientes muertos por enfermedades intercurrentes. Alzheimer cree que todos los casos que antes se publicaban de parálisis generales curadas por tratamientos específicos comunes correspon-

(1) SOUTHARD Y SOLOMON: Neurosyphilis. Boston, 1917. p. 7.

dian á la forma difusa de la meningoencefalitis cerebral sífilítica. Se han observado casos de pseudoparálisis que histológicamente presentaron lesiones circunscritas, como uno de Schaffer y otros muy difusos, como el de Harper Pearson. Debemos citar también algunos casos descritos (Zambaco, Hübner, Alzheimer, Sträussler, Witte y nosotros) de parálisis general con lesiones combinadas de parálisis general típica y otras de tipo de la sífilis terciaria, como gomas sífilíticas.

La *septicemia espiroquética* es una enfermedad general que ocurre poco después de la infección y depende de la invasión del organismo por espiroquetes sífilíticos. Da lugar á un síndrome de delirio y confusión de tipo infeccioso y anatomopatológicamente se caracteriza por la presencia de numerosos espiroquetes en la pia y en los vasos cerebrales.

TRATAMIENTO

El único tratamiento útil y beneficioso de la neurosífilis es el específico. Los preparados más útiles son los mercuriales, los arsenicales, y en menor escala los ioduros, aunque los estudios recientes de Neiser han demostrado que, empleado á grandes dosis, es bastante tóxico para los espiroquetes.

El tratamiento de la neurosífilis debe ser enérgico y rápido, sobre todo en los casos en que la lesión se localiza en centros funcionales importantes (sífilis bulbar ó protuberancial). En algunas formas de neurosífilis de tipo parenquimatosos, como la neuritis óptica, necesita ser, por el contrario, muy cauteloso; pues á veces el tratamiento intenso da lugar á reacciones intensas que más perjudican que benefician (amaurosis salvársánica). Los preparados que más rápidamente actúan son los arsenicales por la vía intravenosa, que producen efectos reactivos á las cuarenta y ocho horas; las fricciones mercuriales dan lugar á reacción hacia los cinco días, mientras que los ioduros á la dosis de 2 gramos al interior sólo producen efectos reactivos hacia la semana de tratamiento.

La *guta* para todo tratamiento de la neurosífilis nos la debe dar el análisis del líquido cefalorraquídeo, que debe hacerse en todos los casos; pues sabida es la frecuencia de los casos de neurosífilis con Wassermann negativo en la sangre y reacciones positivas del líquido. En general, se puede decir que los tratamientos más intensivos son los intravenosos. La más moderna vía intrarraquídea es sumamente beneficiosa para las formas graves de tipo difuso en que las lesiones no son á veces curables por los procedimientos intravenosos. Combinada con la vía intravenosa consigue sorprendentes éxitos en casos en los que los más enérgicos tratamientos intravenosos fracasan.

(Se concluirá).

La significación de los filamentos uretrales

POR EL

DR. SICILIA

Del Hospital de San Juan de Dios, Madrid.

En los frecuentes procesos de la vía urinaria baja, desde la vejiga hasta el meato, es tan de regla y tan

frecuente la presencia de filamentos ó parte concreta de las secreciones, estado intermedio entre líquido y sólido que sale con la orina, con los lavados, con los flujos espontáneos, provocados, ó de masaje, que bien merecen una interpretación semeiótica que valore tan delicadas cuan importantes partículas.

Ciñéndonos por ahora á la blenorragia, sus extensiones y complicaciones peri-uretrales, diremos en general ser con mucho más difíciles de quitar cuan más fáciles de interpretación los elementos pequeños, pues son el molde de las glándulas más pequeñas, precisamente aquellas que en grandísimo número atestan el canal.

En la mayoría de los casos, y en aquellas blenorragias antiguas muy recidivantes, que repiten con facilidad, que vuelven á segregar tras recalentamientos, coitos ó irritaciones varias que congestionan la uretra, suelen verse en la orina, en los líquidos de lavados y hasta en el jugo vertido por el masaje prostático, unos cortos y rechónchos trocitos, gruesos filamentos en cemas parecidos, aunque la comparación sea vulgar, á una morcillita, como el microbio del cólera, que son pesados y van al fondo, al lado de otros muy finos con un puntito grueso como en un punto continuado por fina colita apenas visible que, por su tenuidad, flotan pareciendo granitos, pero mirando con detención, se ve parecen á clavos ó macitos rectos con la cabeza para abajo por ser más pesados, y que muchas veces están envueltos de la nubécula mucosa, destacando cuando se ven á través de la luz, sobre todo la solar; como formas intermedias suelen verse otros puntos sueltos que han perdido la prolongación y otros unidos en serie de dos ó más por una hebra finamente mucosa que rompe fácilmente. Cualquiera de estas fórmulas indican provenir de la *próstata*, y la diferencia de unos y otros depende de la profundidad de los folículos prostáticos invadidos de su calibre tan variado uno y otro, que van desde un punto deprimido como la huella que deja la punta de un alfiler hasta los que tienen una profundidad de algunos milímetros.

Cuando la infección ó inflamación de la próstata es reciente y aguda, y sobre todo cuando hay propagación á los conductos deferentes y epididimarios en forma de orquitis, entonces aumenta en alto grado la secreción; la cual, mezclándose en el interior de tan finos conductos, como son los seminíferos, funiculares, eyaculadores y en los reservorios vesiculares con las secreciones de éstos: esperma, jugo prostático, sale en hebras gruesas y largas, como laminadas en los conductos porque ha pasado y arrastradas por la orina y el lavado, sea parte en copos ó trozos gruesos, como flecos mucosos ó moco-purulentos, que por la expresión de las vesículas, próstatas y á veces cuando es muy abundante hasta de los epidídimos.

Muchas veces en el curso de orquitis rebeldes, voluminosas, se ven estos gruesos, largos y pesados filamentos, más voluminosos en su parte central, que parecen lumbricoides ó en látigo, y los cuales, aunque parecen exclusivamente mucosos en la orina, donde están como despelusados ó desfilachados en sus bordes, tra-

zando arcos y diámetros muy distintos, así como cuando se extraen con el gancho que encogen mucho en suave color grisiento; sin embargo, al extenderlos en los portas, se ve que están infiltrados, sobre todo en su centro, del pus, que les da color amarillo, comprobándose al microscopio, como he apreciado en preparaciones por mí teñidas, muchos corpúsculos blancos ó purulentos entre las fibras del armazón fibrilar-leucocitario, y los leucocitos, casi en su mayoría del grupo de los polinucleados están atestados en algunos de multitud de parejas de gonococos bastante apelmazados, hasta llenar el protoplasma, viéndose también gonococos bien teñidos y bastante gruesos, en mejor apareamiento pero en menor número en los intersticios y espacios cercanos á los glóbulos trasudados, indicando la necesidad de darles toda su importancia y de precaver de su contagiosidad, explicando por qué las vacunas gonocócicas suelen mejorar estos estados ó complicaciones, sobre todo cuando recaen en primeras fases del proceso blenorragico, ó de una agudización por contaminación reciente de gonococos, cosa distinta á lo que ocurre con muchos flujos muy alejados de la clase gonocócica, en los que se ven en muchas gotas estafilococos, estreptococos, colibacilos y convienen otras vacunas.

Periódicos médicos.

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Consejos dermatológicos para el médico práctico, por el Dr. Max Joseph.**—I. Gonorrea: El tratamiento activo empezará cuando se haya hecho un diagnóstico seguro macro y microscópico por coloración mediante el azul de metileno de Löffler. Si el enfermo se presenta al médico en los primeros días de enfermedad; cuando ni las molestias subjetivas son muy intensas ni el flujo espeso y purulento, si la infección data sólo de dos tres días y si el exudado es acuoso ó lechoso se intentará una cura con albargina. Comienza el médico por instilar en la uretra todo el contenido de una jeringa de gonococcia de solución de eucaina al 2 por 100 que el enfermo retiene en la uretra ocluyendo el extremo anterior de ésta por compresión entre el pulgar y el índice de la mano izquierda. Pasados algunos minutos la expulsa y entonces con una jeringa de 100 centímetros cúbicos de cabida y con extremo cónico de goma inyecta el médico 100 gramos de una solución de albargina al 1 por 1.000. Esta primera inyección sirve para lavar la uretra anterior, y después de expulsar el líquido se repite cinco veces la operación. Esta operación debe realizarla el médico dos veces al día y el enfermo mismo se inyectará cuatro veces más con la jeringa corriente de gonococcia la misma solución (un jeringazo cada vez) que retendrá por espacio de algunos minutos. De esta manera se consigue algunas veces cortar la gonorrea en cuatro á cinco días, sobre todo si se trata de enfermos que padecen la gonorrea, por segunda vez. Es muy raro que se obtenga éxito cuando se practica esta operación en la primera infección gonocócica. Al cabo de los días indicados, no sólo han desaparecido los gonococos, sino también todas las molestias subjetivas y el enfermo se encuentra curado. Cuando no se alcanza este resultado los gonococos no desaparecen ni siquiera al cabo de unos días, y el tratamiento abortivo ha fracasado. En este caso empeza-

mos un tratamiento corriente en el que nos será muy útil la albargina porque sus soluciones son muy fáciles de preparar. El enfermo llevará un buen suspensorio y se proveerá de una jeringa de curar de unos 12 á 15 centímetros cúbicos de cabida con extremo cónico de goma.

Se recetará un tubo de origen de tabletas de albargina que contiene veinticinco piezas de 20 centigramos cada una. Una tableta de estas se disuelve en una botella obscura en 200 centímetros cúbicos de agua destilada fría. De esta solución se inyectará el enfermo en la uretra con la mayor frecuencia posible, y mejor si es una vez cada hora, todo el contenido de la jeringa y lo retendrá cinco minutos. Si tiene tiempo para ello dos ó tres de las veces que proceda á estas instilaciones, en vez de un solo jeringazo se dará dos ó tres, reteniendo cada uno los cinco minutos. Y por fin, lo mejor de todo es que pueda hacer lavados grandes el médico de la misma forma que los primeros indicados. Algunas veces produce esta terapéutica dolores ó hemorragias pequeñas, ante los cuales se suspenderá por unos días el tratamiento para reanudarle después con inyecciones menos frecuentes.

Los resultados obtenidos con este tratamiento se dividen en varios grupos. Constituyen el primero aquellos casos en los que al cabo de una ó dos semanas desaparecen los gonococos del flujo y sólo quedan leucocitos. Con todo, el tratamiento se proseguirá, y si los síntomas subjetivos no son muy molestos se aumentará el título de las soluciones de albargina, poniéndolas al 1 $\frac{1}{2}$ y al 2 por 1.000. Al cabo de pocas semanas cesa el flujo, pero es corriente que algún tiempo después se vuelva á presentar, en cuyo caso se continuará el tratamiento por la albargina hasta que la curación sea completa y sin complicaciones. No son siempre así de halagüeños los resultados conseguidos y muchos de los enfermos tratados, si bien dejan de presentar gonococos, todavía tienen flujo en el que aparte de muchos leucocitos se ven también abundantes células epiteliales. Como en este caso no hay seguridad ninguna de que hayan desaparecido todos los gonococos, sino que lo probable es que se encuentren todavía refugiados en algún escondrijo, se seguirán dando al día tres inyecciones de albargina, alternando con otras tres de solución de permanganato potásico en solución del 1 $\frac{1}{2}$ al 2 $\frac{1}{2}$ por 1.000.

Si el carácter celular del exudado no cede sino que aumenta, se suprime del todo la albargina y se emplea solamente el permanganato potásico, poniéndose el enfermo cuatro á seis inyecciones diarias, y si es posible haciendo el médico lavados uretrales con mayores cantidades de las mismas soluciones. Antes que á los lavados se procede á la eucainización de la uretra. Si aparecen complicaciones, por ejemplo, erecciones nocturnas dolorosas, se dará un centigramo de clorhidrato de heroína. Más grave es la complicación de la uretra posterior en el proceso, lo que se conoce mediante la prueba de los dos vasos de Thompson. La primera porción de la orina se encuentra turbia por la mañana y á mediodía, al paso que la segunda porción se encuentra turbia por la mañana y transparente al mediodía, además hay dolores violentos y deseos frecuentes de orinar. En este caso recurriremos á la medicación interna que es de buenos resultados.

El aceite de sándalo ó el gonosan calmarán los dolores y aclararán la orina. Simultáneamente con el tratamiento interno se continuará el tratamiento local, y es probable que en el tiempo que tardan en desaparecer las complicaciones de la uretra posterior se cure la anterior. Claro está que este resultado no se consigue siempre, y que á veces sigue supurando la uretra anterior. En este caso se recurre á las

inyecciones de solución de albargina al 2 por 100, de ictiol al 5 por 100, ó de sulfato de cobre del 2 al 5 por 100. Dichas inyecciones se practican mediante la jeringa de Guyon ó si el caso es muy tenaz, con la jeringa-catéter de Ultzmann. Este tratamiento debe ser suficiente para que la orina se aclare, y si no lo es, será porque hay una complicación prostática. La prostatitis puede ser aguda y tan intensa que dé lugar á grandes dolores y á la producción de un absceso acompañado ó no de retención de orina. Se aconsejará al enfermo reposo en cama, y si hay absceso se incindiré partiendo del recto, mediante incisiones pequeñas. En la mayoría de los casos el proceso lleva una marcha subaguda ó crónica, y entonces el tratamiento es larguísimo de duración y exige gran paciencia por parte del médico y del enfermo. Varias veces á la semana se hará masaje enérgico de la próstata para expulsar los filamentos que contiene, y todos los días, y especialmente después de las sesiones de masaje, se harán grandes lavados vésico-uretrales con solución de albargina del 1 al 2 por 100, empleando 300 á 500 c. c. que se introducen en la vejiga, y que el enfermo expulsa así que siente necesidad de orinar. Este tratamiento debe continuarse sin interrupción hasta que en el flujo no se encuentren gonococos.

Aunque se haya llegado á conseguir este resultado no se debe dar al enfermo por curado, sino que se continuarán las irrigaciones con solución de nitrato de plata del 1 por 4.000 al 1 por 2.000, y después con permanganato potásico del 1 por 3.000 al 1 por 1.000. Las recidivas son sumamente frecuentes en esta clase de complicación, porque ya se comprenderá que sólo muy pequeñas porciones del medicamento penetrarán en la próstata después del masaje. Si queda gota militar se empleará el dilatador de Kolmann, y se harán lavados con permanganato potásico ó con nitrato de plata. Si hay focos duros de infiltración se debe esperar una estrechez que sólo se trata merced á dilatación progresiva por las bujías.

Otra complicación frecuente es la epididimitis que se tratará por el reposo en cama, colocando en alto el escroto, aplicándole fomentos calientes y embadurnándole varias veces al día con una pomada de guayacol al 10 ó 20 por 100. Además se pondrán inyecciones intramusculares (en los glúteos) de 5 c. c. de electrargol, una cada dos días, hasta tres ó cuatro, ó inyecciones intravenosas de fulmargina, una ampolla diaria durante varios días.

Contra el reumatismo gonocócico se empleará especialmente la hiperemia de Bier. Con una venda de goma fina y transparente de unos 6 centímetros de ancho, se dan varias vueltas alrededor del miembro enfermo por encima de la articulación afecta. Las vueltas se cubrirán una á otra en un tercio de su anchura. La compresión debe hacerse con cuidado de que no se interrumpa la circulación sanguínea, y asimismo se tendrá cuidado de que no cause dolores. Al interior se dará atofán, y además se empleará la vacunoterapia. También son muy convenientes las inyecciones de 50 centigramos de Arthington en los glúteos, repetidas cada dos ó tres días. Se puede llegar hasta 2 gramos. Después de esta inyección se presenta fiebre, que cuanto más intensa es mejor pronóstico asegura. Si el caso es muy rebelde las inyecciones de Arthington se ponen intravenosas: la primera dosis será en este caso de 10 centigramos; á los dos ó tres días de haberse pasado la reacción febril se pondrá la segunda de 20 centigramos, y así en adelante hasta 50 centigramos.

Para final un consejo: No se debe exagerar el tratamiento local de esta enfermedad, porque seguramente es mejor para el enfermo quedar expulsando algunos filamentos si

son estériles ó con una prostatitis ligera, que si le convertimos en un neurasténico á fuerza de tratamiento local intenso.

Como medida profiláctica se instilará en la uretra lo antes posible después del coito sospechoso 2 ó 3 gotas de una solución de protargol al 20 por 100, de albargina al 3 por 100 y 15 por 100 de glicerina. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 22 de Enero de 1920.)

II. Lues.—El mayor adelanto conseguido recientemente en el tratamiento de la sífilis es el diagnóstico precoz de la enfermedad por los métodos bacteriológicos, poniendo de manifiesto los espiroquetos, cosa que se consigue con singular facilidad en las lesiones al parecer insignificantes inmediatas al contagio. Más tarde los espiroquetos, en vez de quedar en la superficie, se van haciendo cada vez más profundos, y cuando llegan á penetrar en las vías linfáticas, ya no es posible demostrar su existencia por la preparación bacteriológica. Desde este momento el diagnóstico tiene que quedar sin asegurar hasta que se presenta en la sangre la reacción de Wassermann positiva, lo que tarda de cuatro á seis semanas y hace perder un tiempo precioso para el tratamiento.

El método mejor de poner de manifiesto los treponemas es la tinción con la tinta china. Con una cucharilla cortante de pequeñas dimensiones se raspa del borde de las erosiones un poco de tejido enfermo, y si no, se toma con un asa de platino un poco del exudado inflamatorio del centro de la erosión. Esta porción raspada ó recogida se extiende sobre un portaobjetos perfectamente limpio; se añade una gota de agua destilada ó de suero fisiológico y otra gota de una solución de tinta china; el autor aconseja la de la marca Pelikan, de Günther Wagner. El conjunto se extiende por todo el porta á favor de otro, de un modo parecido á como se extienden las preparaciones de sangre, y examinándole con inmersión en aceite, se destacan sobre un fondo negro ó parduzco los treponemas blancos. Si fracasa el procedimiento de la tinta china, se repite la investigación con el ultramicroscopio. Para que sea fructuoso el examen, es preciso que no se haya tratado el enfermo localmente con polvos ni con pomadas. De haberlo hecho así, se le hace que se ponga fomentos empapados en solución salina por espacio de veinticuatro horas, y tras de otro día de descanso, se repite la investigación. El tratamiento local no se debe emplear nunca en las manifestaciones primeras de la sífilis antes de haber hecho el diagnóstico seguro, primero, porque no se consigue nada para el tratamiento de la enfermedad, y segundo, porque se impide la posibilidad de un diagnóstico precoz y seguro. Inmediatamente de hecho el diagnóstico, se empezará el tratamiento general por medio del salvarsán, y si se empieza cuando hemos dicho al poco tiempo de verificado el contagio, aun cuando no conviene ser demasiado optimista, si podemos tener la certeza de conseguir la curación en un 50 por 100 de los casos (dice el autor) con una sola cura concienzuda. Desde luego que no hay que conformarse con este medicamento, sino que se le dará combinado con el mercurio. El accidente primario se trata espolvoreándole dos veces al día con calomelanos, eurofeno, xeroformo ó yodoformo. Un tratamiento completo consiste en quince inyecciones de preparados mercuriales ó treinta fricciones con pomada mercurial y seis inyecciones de salvarsán, poniendo una después de cada tres de las inyecciones ó de cada cinco de las fricciones de mercurio. Emplea el neosalvarsán á la dosis fija de 45 centigramos cada inyección disueltos en 10 centímetros cúbicos de agua de la fuente recién hervida. La disolución se puede hacer en una jeringa de Record algo grande y la inyección será intravenosa por el método y con

las precauciones corrientes. El preparado mercurial á emplear variará con la susceptibilidad del enfermo. En todos los casos se tendrá gran cuidado de la limpieza de la boca; dos veces al día limpieza con un dentrífico corriente; cada dos horas colutorios con agua oxigenada. Se dirá que este tratamiento abortivo ha tenido éxito cuando al cabo de tres ó cuatro años de observación repitiendo cada tres meses la reacción de Wassermann haya sido siempre negativa. Cuando no se obtenga la curación se observará al enfermo durante dos años, y en este espacio de tiempo se le harán varios tratamientos. No conviene en estos casos empezar por las inyecciones de salvarsán, sino por las de mercurio para evitar las reacciones de Jarish-Herxheimer. Algunos propinan al enfermo cuatro ó seis curas en el término de dos años sin preocuparse para nada de la reacción de Wassermann ni de los síntomas. Otros hacen cada dos ó tres meses análisis de la sangre, y si encuentran reacción positiva, hacen tratamiento, si no, esperan. Este segundo procedimiento parece ser más racional que el primero. En los intervalos entre las curas se dará

Ioduro potásico.....	10 gramos.
Extracto de belladona.....	1 centigramo.
Agua.....	200 c. c.

Para tomar dos cucharadas grandes al día. Esta fórmula se repetirá hasta que en el término de tres meses haya tomado el enfermo 50 gramos de ioduro.

Esta solución se puede dar alternando con la de Ricord:

Bicloruro de mercurio.....	10 centigramos.
Ioduro potásico.....	10 gramos.
Agua destilada.....	C. c. para 200 c. c.

Para tomar en la misma forma que el anterior.

Para poder autorizar á un sífilítico á contraer matrimonio, es preciso que haya pasado cuatro años desde que sufrió la infección y que las reacciones de Wassermann, hechas de tres en tres meses, hayan sido constantemente negativas durante los dos últimos años. Si no lo fueran, no debemos conceder nuestra autorización al matrimonio, y en caso de que éste se fuera á verificar, de todos modos es conveniente que inmediatamente antes de contraerle se haga el enfermo un tratamiento por el salvarsán y el mercurio. Esta precaución no está tampoco de más en los que dieron la reacción negativa.

El tratamiento indicado á base de mercurio y salvarsán le toleran incluso las embarazadas, é igualmente se hará tratamiento específico del niño en cuanto se manifiesten en él indicios de sífilis hereditaria. También se comenzará en este caso el tratamiento por el mercurio, que se dará al interior. El preparado de elección será el protoioduro.

Protoioduro de mercurio.....	1 centigramo.
Azúcar blanca.....	5 gramos.

Mézclese y divídase en 12 papeles, para tomar de tres á seis al día.

Si por algún trastorno del tubo gastrointestinal no se pudiera administrar el mercurio en ingestión, se darán fricciones. A los niños de tres meses se le dan 50 centigramos de pomada mercurial simple y la dosis irá creciendo progresivamente hasta que á los niños de dos años se les dé la fricción con 2 gramos diarios. Si tampoco se tolerase (aparición de eczema), recórrase á la vía subcutánea:

Sublimado.....	} aa 20 centigramos.
Cloruro de sodio.....	
Agua destilada esterilizada.....	10 c. c.

Para inyectar 1 c. c. una vez por semana. Son necesarias tres ó cuatro inyecciones intramusculares en las nalgas.

El salvarsán se emplea á la dosis de 10 centigramos por vía intravenosa.

Para evitar la aparición de la sífilis hereditaria tardía, no se suprime el tratamiento del todo en cuanto el niño se queda libre de síntomas, sino que cada medio año se hace una nueva cura hasta seis. En los intervalos se da:

Jarabe de ioduro ferroso.....	5 gramos.
Jarabe simple.....	15 —

Mézclese para tomar al día tres á seis cucharadas de las de café. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 29 de Enero de 1920).

MEDICINA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Cosas nuevas sobre la gripe.**—El Dr. Risquez, comentando un artículo del Dr. Renaud, dice que ha puesto todo su empeño en demostrar que la gripe no es sino una pneumococcia y solamente grave en razón de la existencia de múltiples focos de hepatización pulmonar, su extensión progresiva y su resonancia sobre el corazón, para llegar á las siguientes conclusiones prácticas:

1.^a Que es indispensable poner los enfermos en completo reposo desde la aparición de los primeros síntomas.

2.^a Que, fuera de las reglas generales de dietética y de higiene clásicas, ninguna terapéutica es más eficaz, para limitar la extensión de los focos pulmonares y luchar contra la congestión, que la hidroterapia, en forma de envoltorios fríos, la balneación en los casos severos y el uso de los tónicos cardíacos, el mejor de los cuales es la digital, á título preventivo.

3.^a Que para los casos más graves recomienda el método que presentó á la Academia de Medicina, con sus resultados en más de 130 enfermos, de los cuales 27 eran de los que suelen morir á razón de uno por cada cinco, y con este procedimiento curaron todos completa y rápidamente.

El procedimiento consiste en practicar una inyección intravenosa de $\frac{1}{4}$ á $\frac{1}{2}$ miligramo de adrenalina y veinte minutos despues, 20 á 40 c. c. de suero antipneumocócico.

Bueno es saber que en la hora siguiente á la inyección, á veces inmediatamente, el enfermo experimenta un gran mal-estar con angustia, grandes escalofríos, enfriamiento periférico, elevación de la temperatura interna á 40° y más y de pulso á 140; que á esta reacción dramática é imprescinable de corta duración, suceden grandes sudores, con recalentamiento y recoloración de la piel y sensación agradable de bienestar. Tal es la crisis saludable de este tratamiento que el autor denomina *crisisigeno*.

De todo lo dicho, ó mejor de lo transcrito, saca Risquez las siguientes conclusiones:

1.^a Todavía no está decidido si la gripe es una enfermedad autónoma, específica, ó si es una forma epidémica de la pulmonía, ú otra cosa, lo que á los clínicos nos tiene sin cuidado, con tal de conocerla y tratarla convenientemente;

2.^a Que, en todo caso, como la complicación pulmonar con su resonancia sobre el corazón es lo más grave, importa atender, primero que á todo, á esa complicación;

3.^a Que los tónicos cardíacos, y especialmente la digital, aun á título preventivo, son de las primeras inevitables armas de combate contra esa complicación casi mortal;

4.^a Que un sudor abundante es el término de una crisis saludable que da su nombre al procedimiento curativo;

5.^a Que la adrenalina, no se atreve a decir si por una acción de hidráulica circulatoria, que moviliza enérgicamente los hematíes que se estancan y los leucocitos que nos defienden, ó por un efecto de producto endocrino en sustitución del ausente, ó por ambos mecanismos, la adrenalina—dice—es un elemento estimulador de primer orden, en tanto el suero provee al sistema de anticuerpos llegados de fuera

en defensa de los formados dentro que amenazan claudicar y hacer inútil el papel del médico ante el enfermo que sucumbe. (*Gaceta Médica de Caracas*, 15-11-1919).

2. **Plan sintético de profilaxis antituberculosa regional, en la provincia de Salta.**—El Dr. Washinton Alvarez, después de un estudio minucioso de la tuberculosis, y de los estragos que produce en la región á que hace referencia, establece las siguientes conclusiones:

1.^a Siendo de necesidad impostergable una Ley Sanitaria Nacional, á fin de poder organizar y atender debidamente los servicios de profilaxis y asistencia médica en todo el país, bajo una acción directriz central, que armonice los esfuerzos aislados é insuficientes, la Segunda Conferencia Nacional de Profilaxis Antituberculosa debería apoyar con su voto, ante el H. C. Nacional, el pronto y favorable despacho del proyecto de Ley de Sanidad Nacional, de los doctores Penna y Lozano, que tiene actualmente en estudio; cuya sanción representaría, sin duda, la primera etapa hacia la solución del problema sanitario en la República.

2.^a Dado el evidente desarrollo de la tuberculosis y la imperiosa necesidad de iniciar de inmediato una seria campaña en todo el país, estimamos que esta conferencia debería dar un voto, para que el H. C. Nacional sancione en el corriente año el proyecto presentado por el P. E. (el año próximo pasado), sobre profilaxis antituberculosa, de acuerdo con las modificaciones que juzgase conveniente.

3.^a Que esta Conferencia debería resolver se gestione ante la Comisión asesora de asilos y hospitales regionales, la pronta instalación de dispensarios antituberculosos en todas las capitales de provincias, que tiene ya proyectados, de acuerdo con la Ley 4953, como medida urgente para combatir la tuberculosis; hasta tanto los recursos de la misma ley le permitan completar el plan de defensa, con los hospitales y sanatorios que se propone fundar.

4.^a Que los Gobiernos de la provincia de Salta y Jujuy por intermedio de sus respectivas representaciones, tendrían que hacer renovar y gestionar su sanción, ante el Honorable Congreso Nacional, del proyecto presentado hace cinco años por ambas diputaciones, creando una casa de aislamiento en Salta, para servir á la zona Norte; cuyos autorizados y favorables informes han sido mencionados en este trabajo.

5.^a Que siendo de necesidad imprescindible la inspección médica escolar en la provincia, la Comisión Sanitaria local debería presentar un plan de organización al Gobierno de la provincia, interesándose en la pronta solución de tan importante asunto.

6.^a Procurar ante el Gobierno Nacional la instalación inmediata de la estación de desinfección y profilaxis en esta ciudad, la cual se encuentra ya proyectada, de acuerdo con la Ley 7444, y los fondos votados con tal objeto.

7.^a Invitar á los Gobiernos de provincia que aún no lo hayan hecho, á que destinen cada año recursos especiales y suficientes para atender la salud pública de sus respectivas zonas, en forma más eficaz, ya sea creando un impuesto sanitario ó autorizando loterías con el mismo fin; cooperando así á la acción nacional y beneficencia pública.

8.^a Fomentar la propaganda oral, escrita y cinematográfica; como igualmente implantar la enseñanza higiénica elemental en las escuelas; y tratar por la formación de Ligas de salud, de inculcar en el pueblo nociones prácticas de profilaxis individual y colectiva.

9.^a Proteger á la infancia en la provincia con el pronto funcionamiento de la «Gota de Leche» é instalación de salas-cunas, y asilos maternos; colonias de vacaciones para niños débiles, plazas para ejercicios físicos y escuelas al aire libre.

10.^a Propender á la creación, ampliación y reforma necesarias de la legislación sanitaria y social tendientes á mejorar la higiene general y vivienda insalubre, como igualmente la situación moral y material de las clases populares. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 8-1-1920.)

3. **Aspecto terapéutico de la transfusión sanguínea.**—El Dr. Lester J. Unger hace un detenido estudio de la transfusión y termina con la siguiente dosificación e indicaciones de la misma:

Con la sangre, lo mismo que con otras medidas terapéuticas, la cantidad administrada es un factor determinante del resultado. Un donante puede suministrar sin peligro la cuarta parte de su volumen sanguíneo. La cantidad que debe administrarse á un paciente depende de varios factores. En los niños, la dosis usual debe ser de 80 á 150 c. c. En los adultos, de 800 á 1.000 c. c. Esta cantidad, desde luego, varía con el peso, el estado del corazón y pulmones del paciente y con la enfermedad para la que se practica la transfusión.

La hipertransfusión desde el punto de vista del donante, se manifiesta por un aumento en el pulso y en la respiración, por los bostezos repetidos ó suspiros profundos. Las alteraciones del ritmo de la respiración pueden presentarse antes de que se altere el pulso. Si se presentan estos síntomas, debe suspenderse inmediatamente la transfusión. La palidez y el sudor van á veces seguidos de colapso. De estos síntomas se repondrá rápidamente si se suspende la transfusión.

Con respecto al paciente, la hipertransfusión es más grave. Puede ser que se queje de malestar precordial, dolor de cabeza, ó dolor de piernas. Un signo más importante, sin embargo, es una tos corta y aguda. Si se continúa la transfusión, la tos se hará más frecuente. Cuando se presenta la tos, lo hace independientemente de la velocidad á que se inyecta la sangre. *No deben inyectarse más de 200 c. c. después del primer golpe de tos.* En tan solo un caso desprecié este signo. En este caso inyecté 500 c. c. después del primer golpe de tos. Este fué el único caso en mi serie en el que la transfusión se complicó con hipertransfusión, produciéndose un edema pulmonar y muriendo el paciente.

Las indicaciones de la transfusión son: 1.^a, hemorragia; 2.^a, enfermedades de la sangre; 3.^a, toxemias; 4.^a, infecciones; 5.^a, shock, y 6.^a, debilidad general.

1. **Hemorragia.**—Este es uno de los estados en que la transfusión es la forma ideal de tratamiento. No sólo sirve para reemplazar la pérdida de sangre, sino que también cohibe la hemorragia. En las hemorragias agudas, los resultados son naturalmente más brillantes que en las hemorragias menos fulminantes. En aproximadamente un 85 por 100 de los casos de hemorragia aguda, ésta puede cohibirse con una sola transfusión.

2. **Enfermedades de la sangre.**—En la anemia secundaria, los resultados son satisfactorios, siempre que se elimine la causa primaria. En la anemia perniciosa, las transfusiones dan resultados superiores á cualquier otro método terapéutico. Con frecuencia actúa como salvavidas iniciando un principio de remisión. No hay nada que indique, sin embargo, que la enfermedad pueda curarse permanentemente por este método. No obstante, con las transfusiones repetidas, pueden conseguirse las remisiones haciéndose que los pacientes lleven una vida útil durante varios años. En tales casos, si fuera posible, debe emplearse sucesivamente el mismo donante. La cantidad de sangre no parece ser la causa determinante de la remisión. Las pequeñas cantidades han sido á veces de mayor valor que las grandes. Cuando la transfusión va seguida de éxito, el aumento de fuerzas

y de apetito es muy notable. Curará la anemia y los síntomas secundarios á ella — disnea, palpitación, síntomas mentales, etc.—En ningún caso produjo un aumento en la secreción de ácido hiperclorhídrico del estómago.

Si se repite la transfusión, porque la primera no produjo ninguna remisión, debe emplearse un donante diferente, y este procedimiento debe continuarse hasta que, á ser posible, se consiga el objeto deseado. En tales casos, las transfusiones repetidas deben emplearse antes de perder todo el terreno ganado. En ciertos casos, sin embargo, aun este procedimiento deja de producir resultados.

La hemofilia no se cura por la transfusión; pero para las hemorragias espasmodicas es casi específica. Producirá buenos resultados cuando hayan fracasado todos los demás métodos. Por lo tanto, no debe perderse un tiempo precioso con objeto de tratar de evitar la hemorragia con otros métodos, pues poseemos á nuestra disposición un método específico, que no sólo cohibirá la hemorragia, sino que también reemplazará la sangre perdida.

En la púrpura hemorrágica, los resultados de la transfusión son tan sólo relativamente buenos. Las transfusiones repetidas son á veces necesarias para combatir la hemorragia.

En la leucemia linfática tan sólo puede obtenerse un efecto favorable temporal con la transfusión, aunque se extraiga una gran cantidad de sangre por flebotomía, ó empleándose una transfusión masiva obtenida de dos donantes ó empleando transfusiones repetidas ó aunque se empiecen las transfusiones muy pronto en el curso de la enfermedad.

En las hemorragias de los recién nacidos, la transfusión es específica. A los niños casi exangües, demasiado débiles para llorar y en un estado agónico, los transforma inmediatamente en niños de apariencia sana, sonrosados y que lloran. A semejanza de lo que ocurre en la hemofilia, salvará las vidas de aquellos en que las inyecciones subcutáneas de suero ó sangre no producen resultados. La contemporización con el uso de medidas menos eficaces puede costar la vida del niño. Esto es especialmente cierto en los casos de melena de los recién nacidos que son los casos más graves, porque no sabemos cuándo comenzó la hemorragia ó qué cantidad de hemorragia interna es la que se ha producido. Tan pronto como se haya hecho el diagnóstico de hemorragia gástrica ó del intestino en un recién nacido, debe practicarse la transfusión.

3. *Toxemia*.—Las transfusiones hace tiempo que se han usado en un número limitado de tipos de toxemia. En este grupo es en el que se deben aumentar las indicaciones, especialmente en la toxemia del embarazo y en las toxemias asociadas á una infección aguda, como la pulmonía ó la fiebre tifoidea.

4. *Infecciones*.—En las infecciones piógenas localizadas, la transfusión aumentará la vitalidad del paciente y contribuirá á vencer la infección.

En la bacteriemia, cuando el foco infectante puede encontrarse y eliminarse, los resultados son excelentes, como en los casos de trombosis de los senos cerebrales subsiguiente á una mastoiditis en la que se haya ligado la yugular. En la sepsis puerperal, de veinte pacientes, tan sólo se repuso una; las otras presentaron únicamente una mejoría temporal.

5. *Shock*.—La transfusión es á veces valiosa en el shock. Parece probable que cuanto más se acerque la transfusión al momento en que se produce el shock, más probabilidades hay de que constituya un éxito.

6. *Debilidad general*.—La transfusión debe practicarse antes de todas las operaciones, como medida de soporte,

disminuyendo de este modo la mortalidad postoperatoria. En los estados debilitantes, como en el carcinoma y páncreo inoperables, producirá mejoría del estado general del paciente, prolongando la vida.

Hay un número mucho mayor de reacciones subsiguientes á las transfusiones con sangre citrada que con la sangre sin modificar. Esto se debe á alteraciones de las células sanguíneas. Las plaquetas sufren alteraciones coagulantes precoces. El citrato sódico, actuando como una substancia extraña perjudicial, hace que los glóbulos rojos sean más frágiles y se hemolice con mayor facilidad. Este resultado perjudicial es importantísimo en las enfermedades hemolíticas.

La transfusión de sangre completa sin modificar es el procedimiento de elección cuando se necesita utilizar la sangre como tejido. Cuando tan sólo se desea reforzar una circulación pobre con una cantidad adecuada de sangre, puede usarse como sustituto la sangre citrada.

Para elegir el donante, es conveniente utilizar un método microscópico sencillo y rápido como los propuestos.

La extracción repetida de sangre para transfusiones puede producir en el donante una anemia intensa secundaria, con leucocitosis. En el caso que comunico, se practicaron sesenta transfusiones en un período de seis años y medio habiéndose extraído cincuenta litros de sangre.

La aparición de la hipertransfusión se manifiesta por una tos corta y aguda de parte del paciente. Este signo es de valor decisivo porque avisa un peligro inminente. La administración de más de unos 200 c. c. de sangre después del «signo de la tos» puede ser mortal.

La transfusión da resultados moderados en las infecciones y estados debilitantes. Los mejores resultados se obtienen en las toxemias, en el shock, en los casos de hemorragia y en las hemopatías, en las cuales es á veces un verdadero salvavidas. (*The Journal A. M. A.*, edición española, 1-12-919).

4. *El efecto perjudicial de la alcalinización del alimento del lactante, por los Dres. Alfred F. Hess y Lester J. Unger*.—Hoy día se presta poca atención á las reacciones de los preparados lácticos que se les dan á las criaturas. Se considera que no tiene ninguna importancia, por ejemplo, si se añade bicarbonato de sodio á una fórmula de leche, ó si un alimento patentado presenta una reacción más ó menos alcalina. Ocurre esto en tal grado, que al mencionar la composición de los alimentos patentados, los libros de texto que tratan de las enfermedades de los niños se contentan con mencionar el contenido en proteína, grasa é hidratos de carbono de las distintas preparaciones, y ni siquiera ocuparse de las reacciones de éstas. En estas tablas se expresan las sales en términos de porcentaje y cenizas totales, y no se menciona específicamente el carácter de los constituyentes inorgánicos. Esto se aplica á los libros de texto americanos, ingleses, franceses y alemanes. Este descuido llama más la atención, en vista de que por algunos años se ha sabido que las sales desempeñan un papel importante en la alimentación del lactante; y es más, que siempre que se trata de preparar un alimento artificial que se aproxime á la leche materna, se le presta atención muy particular al factor de las sales.

Deseamos señalar que no es tan escaso de importancia como se cree, la mayor ó menor alcalinización de la leche que se da al lactante. En el presente estado de nuestros conocimientos nos es imposible, ni aun sospechar el efecto que la adición de álcalis ejerce sobre las proteínas y otros factores calóricos de los alimentos, pero puede probarse que esta alteración produce un efecto bien marcado sobre las vitaminas.

En un artículo anterior demostramos que el jugo de naranja, el prototipo de todos los antiescorbúticos, y el cual es muy usado en la alimentación de los lactantes, se altera en veinticuatro horas si se le hace alcalino en una vigésima parte de lo normal á la fenolsulfoneftaleína. En efecto, se vió que el jugo de naranja de esta reacción alcalina tan débil había perdido su poder para proteger á los cobayas contra el escorbuto. Por consiguiente, es evidente que la vitamina antiescorbútica es muy sensible á la alcalinización. Debemos añadir que esta vitamina parece ser más sensible á varias influencias físicas y químicas, que las vitaminas solubles en agua ó las solubles en grasa. Hay al presente alguna diferencia de opinión con respecto á la vulnerabilidad de las vitaminas solubles en agua, á la aplicación al calor en un medio alcalino. No hay duda, sin embargo, de que esta reacción la hace más susceptible á la destrucción.

Nos vimos obligados á ocuparnos de este asunto á causa de que nuestra experiencia con las fórmulas de leche que contienen sopa de malta nos reveló que poseen una tendencia extraordinaria á producir el escorbuto en las criaturas, á menos que se añada al régimen algún alimento antiescorbútico, como por ejemplo, jugo de naranja o tomates de latas. Como se ha hecho notar en otra parte, este efecto perjudicial puede ser sólo resultado de una ó más de las siguientes circunstancias: 1.^a, que ciertas fórmulas contengan una cantidad de leche insuficiente para suministrar protección completa; 2.^a, que se hierva la preparación, así como que se prepare con frecuencia con leche esterilizada; 3.^a, que haya un período bastante largo entre la pasteurización inicial y el hervirse la leche y la harina; 4.^a, que haya un álcali en la sopa de malta, y por fin, 5.^a, que se añada una cantidad considerable de hidratos de carbono en la forma de harina y de azúcar de malta. Pareció, pues, importante cuando se presentó la ocasión, analizar este problema para determinar cuál de los factores era el responsable.

Un lactante estuvo siguiendo un régimen de sopa de malta y cereales, con la adición de tres cucharaditas de aceite de hígado de bacalao al día. La criatura desarrolló el escorbuto. Los síntomas fueron los que se presentan por lo general en estos trastornos, á saber: palidez, hemorragias de las encías, sensibilidad del fémur y falta de aumento en peso; en vista de eso, se trató de curar el estado escorbútico, eliminando los hidratos de carbono del régimen, por la omisión de la harina y el azúcar de malta, de la fórmula. A fin de realizar esto se preparó medio litro de leche con la adición de sacarosa y la misma cantidad de carbonato de potasio que figura en la fórmula de la sopa de malta. Esta leche que era fresca y de excelente calidad y no contenía ni malta ni harina, se hirvió por cinco minutos. Hay muchos que creen que los carbohidratos, y en particular los almidones, tienen mucho que ver con la producción de las llamadas enfermedades de deficiencia, porque requieren una cantidad considerable de vitaminas para su metabolismo, y provocan, por consiguiente, trastornos tales como el escorbuto y el beriberi, si se hallan presentes en una cantidad comparativamente elevada. Se descubrió, sin embargo, que la influencia perjudicial del preparado de sopa de malta no podía atribuirse á la cantidad elevada de hidratos de carbono, pues que la exclusión de la harina y la malta no aliviaban los síntomas, ni producían un aumento de peso.

Como esta forma de tratamiento no dió éxito, se decidió abandonar el carbonato de potasio, de modo que la criatura recibiera medio litro de leche que se hervía durante cinco minutos, sin añadirsele ningún álcali. Se continuó así con la sacarosa, el cereal y el aceite de hígado de bacalao.

El resultado fué notable. No solamente ganó el lactante

en peso, sino que hubo una alteración marcada en su estado general y una desaparición de los varios signos y síntomas que se han enumerado antes. Parece, pues, evidente, que la alcalinización de este alimento, que contenía una cantidad limitada de sustancias escorbúticas—tan sólo la que se halla en medio litro de leche hervida—basta para neutralizar el alimento antiescorbútico.

A causa de esta observación, se hizo un experimento en cobayas. Se había visto en experimentos anteriores que cobayas que pesan menos de 200 gramos, rara vez presentan el escorbuto cuando se les administran diariamente 80 c. c. de leche fresca. Por consiguiente, se le agregó á esta cantidad de leche el mismo porcentaje de carbonato de potasio que existe en la sopa de malta y se notó su efecto sobre el peso y estado clínico de los cobayas. Se mezclaron después 10 c. c. de una solución de álcali al 11 por 100 con leche cruda certificada y se hirvió durante cinco minutos. Todos los cobayas desarrollaron escorbuto. Que no se puede atribuir este trastorno al álcali, lo demuestra el rápido alivio de los síntomas cuando se añadieron al régimen 30 c. c. de jugo de naranja, á pesar de que se continuaba dando el carbonato de potasio.

Estos resultados tienen una aplicación mucho más extensa que la que se refiere á la sopa de malta. Las investigaciones revelaron que una sal alcalina de potasio figura en la mayor parte de los alimentos patentados para lactantes. Se hace esto por una de dos razones: En primer lugar, porque se vuelve así el alimento menos susceptible á la fermentación ácida, y en segundo lugar, porque la adición del potasio contrarresta la relativa escasez de esta sal en la leche de vaca. En la mayoría de los casos, se añade bicarbonato de potasio en la proporción de 2 á 5 por 100, en vez de carbonato, como en la sopa de malta, en la proporción de 0,1 por 100. En vista de los resultados clínicos y experimentales que comunicamos, salta á la vista el peligro de esta práctica, que en muchos casos es innecesaria, puesto que podría reemplazarse por otra sal, como por ejemplo, el citrato de potasio, para suplir la diferencia del potasio. En los casos, sin embargo, en los cuales lo que se desea es cambiar la reacción ácida, este sustituto no sería eficaz, por supuesto.

CONCLUSIONES

Con el conocimiento de que los alimentos no contienen tan sólo factores calóricos, sino también elementos alimenticios accesorios ó sean vitaminas, nos incumbe revisar nuestras normas y estudiar de nuevo su preparación, desde este nuevo punto de vista. Es evidente que la vitamina antiescorbútica en la leche se destruye rápidamente por la alcalinización asociada con el calor, y que á causa de la poco meditada adición de alimentos patentados alcalinos, estamos privando al lactante de gran parte de este alimento esencial. Puede preguntarse á propósito de esto, si no estamos de una manera parecida destruyendo por descuido la potencia de otras vitaminas.

Se ha demostrado, por ejemplo, que el aceite de hígado de bacalao es rico, por lo menos, en una vitamina, la soluble en grasa, y que es casi específico en el tratamiento del raquitismo. Hemos descubierto que este aceite, que es en su origen ácido debido á la cantidad considerable de ácidos orgánicos que contiene, es, sin embargo, alcalino en muchas de las emulsiones patentadas que se emplean por lo general. Es muy posible que esta alteración influya bastante la eficacia de este valioso específico. (*The Journal A. M. A.*, edición española, 1-12-919.)

EL SIGLO MEDICO

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.

El presupuesto de Sanidad.

Corren vientos que no sabemos si calificar de discretos ó de acomodaticios; pero es lo cierto que en el horizonte político empieza á vislumbrarse la inverosímil claridad precursora de un estado de diáfana situación económica. En otros términos, parece que vamos á la rápida aprobación de un Presupuesto que consienta desarrollar la vida nacional y dé margen al desenvolvimiento de las aspiraciones de mejoramientos y progresos ulteriores; todo esto en el terreno puramente teórico, pues en el práctico nos aterra pensar todo lo que puede ocurrir, siendo los agentes de nuestros intereses los que hasta ahora lo vienen siendo, es decir, hombres obcecados en una gestión de maniobras egoístas menudas y ciegas que conducirán los mejores propósitos al fracaso y las más puras aspiraciones al descrédito. Muy bien nos parece lo que se asegura que va á realizarse; pero ingenuamente decimos, que realizado por los hombres que desde hace treinta años dirigen nuestra política, avanzados ó retrógrados, verdes ó azules, ninguna confianza tenemos en lo que se pueda conseguir. Lo primero que hace falta es cambiar radicalmente de personas, cuando las que ocupan el escenario político han merecido por su repetida actuación el descrédito y el desdén al que solamente ellos se creen ajenos.

Ejemplo al canto: Según nuestras noticias, caminan boyantes todos los presupuestos. Aumentos al ejército, á la magistratura, á la burocracia, á la policía, á las comunicaciones, á todo lo que no regatearíamos los auxilios, pues que las circunstancias los imponen y nuestras esperanzas lo justifican; pero al llegar á Sanidad... ¡Oh! Esto ya es otra cosa. ¡Autorizar gastos conducentes al mejoramiento de la vida material, al aumento de la población, á la desaparición de plagas medioevales, más afrentosas por anacrónicas que dañosas por plagas! ¡Aumentar personal para organizar servicios conducentes á estos objetos! ¡Garantizar el cobro de los haberes contratados solemnemente por funcionarios modestos que arrastran una vida inverosímil en lucha con las sordideces del caciquismo y las acritudes de la ignorancia!... Eso ya es otra cosa, y nuestros meticulosos políticos y los representantes de la

Comisión de Presupuestos, y entre ellos más los más avanzados, necesitan dar muestras de pulcra austeridad, haciendo gestos de suspicaz preocupación ante el *chocolate del loro*, que si por *chocolate* es insignificante, por *desayuno* debieran entender esos cultos señores que es el alimento primero de la vida nacional.

Muchas veces lo hemos dicho, y lo repetimos hoy: el problema de la Sanidad es problema de comprensión y de cultura, y la comprensión y la cultura no se adquieren con la misma facilidad que un acta de diputado para vociferar en la izquierda, en la derecha ó en el centro.

Inteligentibus pauca... pero ¿dónde están los *intelligenti*? Porque en el horizonte visible ni siquiera los olfateamos.

Resignación, compañeros, resignación. Los pueblos y las razas no tienen otros destinos que los que se merecen, y quizás nosotros merecemos desaparecer como raza, ya que tanto hemos sido y vivido en tiempos mejores.

DECIO CARLAN

EL DELITO SANITARIO (1)

CONFERENCIA EXPLICADA EL 2 DE FEBRERO DE 1920
EN LA REAL ACADEMIA DE JURISPRUDENCIA Y LEGISLACIÓN

POR

JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

En Dinamarca está reconocida la existencia del delito sanitario en los términos siguientes: «Art. 181 de la Ley penal de 10 de Febrero de 1866. Toda persona que padeciendo ó sospechando que padece una enfermedad venérea tuviese relaciones sexuales con otra, será castigada con prisión.»

En Noruega el artículo 155 de la ley de 22 de Mayo de 1902 dice así:

«Quien notándose atacado ó presumiendo que lo está por una enfermedad sexual contagiosa contaminar se ó expusiese á la contaminación á otra persona, por comercio carnal ó por sensualismo, será castigada con prisión. Si la persona contaminada está unida en matrimonio al contaminador, el delito sólo se perseguirá á instancias de la parte perjudicada.»

Finlandia, en su Código penal (párrafo 13 del capítulo XX), castiga al contaminador por relaciones sexuales con la pena de detención y de trabajo obligatorios.

En las leyes penales del cantón de Schaffouse (Sui-

(1) Véase el número anterior.

za), y en las del cantón de Tessin se aplican análogas disposiciones para casos idénticos.

La propuesta formulada por la Comisión á que hace poco me referí, se redactó por personas autorizadas y poco propensas á ciertas exageraciones. Una de ellas era un senador, el Sr. Berenger; otra, un miembro del Tribunal Supremo (*Cour de cassation*), y los trabajos de ambos fueron apoyados por M. Poittevin, catedrático de Penal en la Facultad de Derecho; M. Fenilloley, abogado general en el Tribunal referido; M. de Saint-Aubin, director de Asuntos criminológicos y de indultos en el Ministerio de Justicia; M. Bulot, procurador general en la Sala de Apelaciones, y M. Carlos Gide, profesor de la Facultad de Derecho.

La propuesta en cuestión se concretaba en los términos siguientes: «Quienquiera que transmita á otro una enfermedad venérea de la cual sepa que padece, será castigado con prisión desde un mes á cinco años y con multa que podrá variar desde 16 á 3.000 francos.»

Todas las exposiciones favorables á la consignación del delito sanitario están inspiradas en un sentido de igualdad para los dos sexos, de amparo para las víctimas que no tienen apoyo (los contagios á los niños de pecho, las transmisiones posibles á infelices criaturas por medio del beso), de protección á cuantos adquieran el mal por confianza afectiva ó por descuidos y desprecupación de quienes sufren la dolencia.

No he de hacer un examen de las medidas adoptadas contra las meretrices, no sólo por motivos morales, sino de índole sanitaria. En cambio contra los hombres contaminados, también difusores del mal, no suelen adoptar medidas las leyes, reglamentos y órdenes que exigen disposiciones vejatorias contra desdichadas á quienes muchas veces empujó al tráfico vergonzoso la misma sociedad que las morifica y desprecia. No se trata de un concepto meramente sentimental; acaso le juzgue sensiblero quien no sepa leer en el libro de las realidades mundanas. Se trata de un punto de vista apoyado por hombres como Fournier, Gaucher, Landouzy, autoridades científicas, independientes de todo apasionamiento partidista, de toda inclinación á radicalismos escandalosos.

M. Pittevin expresa elocuentemente en sus informes recogidos y comentados en un admirable libro por Luis Fiaux, las impresiones sociales que le sugirieron la impugnación humanitariamente pertinaz que hace contra el trato desigual establecido en asuntos de contaminación entre hombres y mujeres.

¿De qué conmovedora manera pinta el desprecio con que la juventud masculina suele tratar á las mujeres de las cuales dispone, considerando que el padecimiento de una dolencia infecciosa no estorba la satisfacción de sus apetitos sexuales! Su conducta—la de los hombres contaminados,—debía estar regulada por su conciencia más que por las molestias físicas que su lubricidad les proporcione, pero menudean los casos de enfermos incontinentes que van sembrando el mal de que son víctimas como si ello no representara la repetición de actos delictivos. En el libro de Fiaux que he citado y del cual tantos datos interesantes pueden re-

cogerse, se enumeran casos de varias mujeres contaminadas por un solo hombre y de pruebas que lo corroboran, aducidas por ilustres médicos especialistas, entre ellos Armand Després, Gosselin y Martineau.

¿Quiénes son los hombres que así proceden? ¿Pertenecen únicamente á las clases ignorantes? Reproducamos palabras del insigne catedrático de Derecho M. Gide, dichas en un discurso pronunciado en 1905, ante la Asamblea general de la obra libertadora fundada por Madame Avril de Sainte Croix:

«¿Cómo proteger á las mujeres contra el contaminador, el otro? ¡El otro, el contaminador! ¿Dónde está el otro? Estad seguros de que no se halla ni en la cárcel, ni en un San Lázaro (hospital semejante al nuestro de San Juan de Dios), ni sometido á la vigilancia médica, ni perseguido por los guardias. No es en tales sitios donde se le ha de buscar. Buscadle en cualquiera de los lugares donde la gente se divierte; buscadle también en los talleres, en los cafés, en los círculos modestos y en los de alta sociedad; acaso de novio de una encantadora y rica heredera, tal vez en lugares del mayor respeto. Le encontraréis entre los que administran justicia, entre los que legislan, entre los que enseñan la moral ílica y hasta la religiosa... La ley no les castiga; su conciencia les absuelve y hasta la opinión pública sonríe cuando conoce sus hazañas...»

Palabras tan elocuentemente apasionadas, tienen su reverso en otras que considerando injustamente atrevida la institución del delito sanitario, principalmente como defensa de la mujer, afirman refiriéndose á ésta que los actos sexuales llevan siempre aparejados riesgos, lo mismo en el estado fisiológico que en el patológico, y que á ellos deben atenerse quienes los consuman. M. A. de Morsier, por ejemplo, niega que el delito de contaminación puede incluirse en el Código, por no haber en el contaminador intención nociva, sino el *simple deseo de buscarse una satisfacción personal*.

Teoría peregrina que diera pronto libertad á ladrones y asesinos, puesto que muchas veces obran y matan, no por acción nociva contra otras personas, sino por agenciarse deleite propio. Pero aunque la implantación del delito sanitario de contaminación no estuviese afirmada como recurso definido de la Sociedad; protección debida á las mujeres, medio para contribuir con elementos reales á la abolición de la trata de blancas, bastaría impetrarle contra los contagios de que son víctimas seres inocentes por contagios inmediatos; la esposa que recoge del tálamo nupcial el germen que aniquila su organismo; la criatura infectada por el pezón de la nodriza; el ser que viene al mundo con un estigma del cual no le librarán ni la propia virtud, aun mantenida con los más austeros rigores, claman contra la impunidad con que los perversos difunden un estrago que también aniquila á los inocentes.

La creación del nuevo delito producirá perturbaciones sociales, suele decirse, como la investigación de la paternidad, también exigida por quienes desean que se borren hondas injusticias, daría lugar á abusos, á persecuciones injustas, á que las gentes de mala fe combinaran emboscadas con el fin de conseguir ganancias

ilícitas. Será durísimo, de difícil aplicación el procedimiento de declaraciones obligatorias, la investigación que en muchos casos exigiría á los médicos el quebrantamiento de los secretos profesionales. Todo eso es verdad; pero tal vez al solo anuncio de que el Código castigaba la contaminación, se impusiese á los despreocupados y á los ignorantes una austeridad de la cual no sienten ahora la necesidad; pues a veces el temor puede más que el deber. En cuanto á los malvados capaces de producir mal á sabiendas de que lo causan, no es justo ahorrarles ni persecuciones ni padecimientos. Porque al establecer el delito se debe aplicar no solo contra la transmisión consciente, deliberada, sino también contra la que gráficamente ha llamado un sociólogo la *imprudencia voluntaria*.

Reconozco que en España nadie se pronuncia firmemente contra la reforma de leyes penales que castiguen excesos, abusos, actos acarreadores de trastornos, enfermedades, hasta la muerte del prójimo, y es que, como ha observado sagazmente el Dr. Martín Salazar, para que lleguemos nosotros á todos los extremos exigidos por nuestra situación sanitaria, es preciso primero que los elementos directivos, después la masa total del país, se den cuenta de todas las lacras indebidamente afligen á nuestra economía orgánica.

Pero á vosotros juriconsultos entrego la propuesta. Convencidos como estáis de que nuestro vetusto Código penal, en discordancia notoria con los tiempos presentes y sus necesidades, requiere una completa transformación, al realizarla no prescindáis de que en ella tomen substancia jurídica las verdades de la Ciencia que sirven de amparo á la salud y de amparo imprescindible á la vida.

Verdad es que las leyes para ser firmes han de brotar de las costumbres, pero verdad también que las costumbres viciosas y torpes sólo se desarraigan con leyes severas y, ya que venturosamente perseguimos todos la depuración espiritual de nuestro ser, procuremos del mismo modo la depuración física, que no son posibles grandezas del alma con aficciones del cuerpo.

QUE TE CREES TÚ ESO...

He leído, mi buen Decio Carlan, el último escrito que publicas en EL SIGLO MÉDICO y le he leído con la misma benévola disposición de ánimo que todos los tuyos, especialmente de dos años á esta parte. No creo que deba callarme la impresión que tu *Boletín* me ha producido. O eres un perturbado sistemático é incurable, ó un viejo anacrónico que habla el lenguaje que nos arrulló por los románticos tiempos altruistas y hoy desacreditados de 1865 á 1875.

Sea lo uno ó sea lo otro, merecerías simpatía de las gentes buenas, si los sentimientos de éstas no se encontraran ahogados por la atmósfera densa de egoísmos, impulsos arribistas, ignorancia y presunción improvisada que nos agobia.

Tienes razón (teóricamente al menos); en el momento histórico en que vivimos y dentro de la esfera humanitaria y científica en que debe existir y desarrollarse la actividad de los médicos, el papel de España es relevante y providencial: pero ¿responderán los actores al papel que el autor les ha repartido? ¿Comprenderán los espíritus colocados por enci-

ma y al margen de los acontecimientos y los hechos lo que ellos con la iniciativa propia pueden hacer?

Mucho me temo que tus *aegri somnia* sean delirios de enfermedad incurable: simpáticos á los más, ridículos para los que se creen espíritus enterados y en la realidad no son más que codiciosos del medro, que se adaptan al disfraz científico, como pudieran adaptarse á cualquiera otro, ó que adoptan la actitud del pordiosero de Gil Blas, para excitar la caridad como sentimiento humano, con el trabuco del bandolero, como medio de intimidación.

Perdona esta expansión expresada en una fórmula moderna y chulesca: *¡Que te crees tú eso... pero no es eso!* El momento en que vivimos, pobre viejo, no es el de los romanticismos, las elevaciones del espíritu y las empresas altruistas compatibles con el éxito de los merecedores de él; es el de los impacientes, bullangueros y fracasados que acaban por impresionar á los candorosos y poco preocupados por lo que no sea la atmósfera de su cocina.

Resígnate: naciste en un momento de ilusión que se ha desvanecido; hoy tu lenguaje resulta incomprensible y ridículo por culpa de los hombres que lo usaron sin convencimiento: tú eres un ejemplar fósil; pero consuélate con que al pasar por delante de ti en el museo, los hombres buenos se descubrirán con respeto.

X.

MEMORIAS DE UN PENSIONADO⁽¹⁾ (ESTUDIOS DE MEDICINA HISTÓRICA)

POR EL

DOCTOR ALBIÑANA

II

Viajar de día en el rápido Burdeos-París, es un encanto.

La fértil llanura de la Gironda que fecundan las claras linfas del Garona, ofrécese á nuestra vista con sus extensos viñedos de cepas elevadas como arbustos. De cuando en cuando, hacen su aparición deliciosos bosquecillos de menudos álamos, que festonean algún arroyuelo; parecen escapados de una de esas oleografías que adornan los gabinetes de las casas modestas, y que, encerradas en sencillo marco de madera escayolada, presentan á los ojos infantiles el ferrocarril saliendo de un túnel, corriendo sobre un puente y dejando á su lado el rebaño de ovejas, con el pastor contemplando sorprendido el paso del tren. Es un paisaje de estereoscopia.

A lo largo de la vía, y en un trayecto perpendicular de diez kilómetros, obsérvase una ciudad extraña, de rápido emplazamiento, constituida por enormes case-rones de madera. Allí estuvo el alojamiento de las tropas norteamericanas que vinieron al frente, sumándose á la gran guerra; el silencio de esta urbe improvisada, hace recordar que sus moradores desaparecieron, cayendo unos en las trincheras, y volviendo otros á atravesar el Atlántico en busca de sus lares.

Nueve horas de cómodo viaje y llego á París. Las ocho y media de la noche. Lluvia y frío. Un *taxi* me conduce al hotel. Durante el trayecto me entregué á la

(1) Véase el número anterior.

meditación; pensaba, con temor, en el enorme encarecimiento de la vida en la capital francesa. Pocos días antes de mi salida de Madrid escribí á un compañero también pensionado, residente en París, solicitando informes referentes al alojamiento. La contestación fué desconsoladora: «Tendrá usted—me dijo—que venir. dispuesto á pagar 15 ó 20 francos diarios por la habitación, todo está ocupado; cuando lleve unos días de permanencia podrá encontrar, con más tranquilidad otro hospedaje más económico; respecto de la alimentación, con cinco francos por comida, ración mínima, puede usted obtener un *equilibrio inestable* que permite sostenerse en pie á los que no tenemos muy repleta la bolsa».

Con esta perspectiva, de hambre y carestía, hice entrada en el Hotel Ronceray, antiguo.

Terrasse Jouffroi, de glorioso recuerdo en la historia de los emigrados españoles procedentes lo mismo de la guerra civil que de la revolución; carlistas y republicanos, que en España se odiaron á muerte, fraternizaron después en el destierro, y el hotel de la *Terrasse* fué el santuario en donde ofrendaron juntos su amoroso recuerdo á la madre Patria; aún existe en el hotel el simpático Rafael, un viejo camarero español que relata de modo pintoresco sus tiempos de muchacho, cuando, recién llegado á París, servía en el mismo restaurante sobre el boulevard Montmartre, al ilustre emigrado que se llamó Ruiz Zorrilla. — ¡Ah, señor doctor, aquello era un gran hombre! — me decía el anciano *garçon* muy gravemente y cerrando los ojos, como concentrando en su mente toda la grandeza del pasado.

¡Buena habitación la mía! Dos balcones al boulevard calefacción, teléfono interior y exterior, ascensor, gabinete-tocador y baño. ¡Un príncipe!

Pero poco duró mi satisfacción; instintivamente pensé que aquella *chambre* debía costar un dineral. ¿Cómo averiguar la cuantía? Divisé detrás de la puerta y colgado á la misma el cartelito indicador; acerqueme á él tembloroso, y cuando leí el contenido por poco me desplomo sobre el alfombrado. ¿Qué decía aquel papeletito siniestro? Bien claro lo especificaba: *Prix de cette chambre par 1 personne: 50 francs par jour*.

Hubo colapso. Lo mismo que Gustavo Adolfo.

«Me apoyé contra el muro, y un instante la conciencia perdí de donde estaba».

¿Pero de dónde saco yo cincuenta francos diarios solamente para la habitación?

Repuesto un tanto del golpe, y como no era cosa de ventilar la importante cuestión económica planteada con un soliloquio interminable, decidí meterme en la espléndida cama y pasar la noche como un duque.

Pronto hubiérase agotado mi caudal si á los dos días de permanencia en el hotel no se acercara la *femme de chambre* para decirme que en el último piso, *cabe* el cielo, había disponible una habitacioncilla muy confortable, por ocho francos. ¿*Vous plait?* preguntóme afectuosa; ¡ya lo creo que me place! ¡Pues no va diferencial! Y al punto quedé instalado en mi nueva jaula, junto á las nubes, dominando el mundo.

Orientarse en París no escosa fácil; la abundancia

de museos, bibliotecas, exposiciones, hospitales y centros culturales de todas clases, exige una previa clasificación y ordenación para el visiteo... Sin vacilar, dirigíme al Museo del Louvre, donde, entre otros, de indudable importancia artística, existe un cuadro cuyo original sentía verdadero deseo de ver. Se trata de la célebre *Femme hydropique*, de Gérard Dow...

Este ilustre discípulo de Rembrandt, perteneciente, como su maestro, á la Escuela Holandesa (1613, 1675), legó á la posteridad, con su famoso cuadro, una escena que patentiza el estado de la Medicina en el siglo XVII. En una habitación, cerca de una ventana, y delante de un lecho, aparece una enferma de edad madura, sentada en un sillón, con la mirada dirigida al cielo; su mano derecha la tiene aprisionada una hija que llora, arrodillada; detrás del sillón y de pie una criada ofrece una poción. En primer término, un médico de pie y envuelto en una larga hopalanda, levanta con su mano derecha, á la altura de su rostro, una retorta de vidrio llena de líquido. Los demás detalles de la obra son meramente decorativos.



Fig. 1.^a

La mujer hídrica, Cuadro de Gerardo Dow (Museo del Louvre).

He aquí dos tipos interesantes para nuestro estudio: la enferma y el médico. La primera ofrece en su hábito exterior y en su actitud doliente, con los miembros y el vientre abultados, un tipo acabado de los enfermos hídricos, tal y como suelen presentársenos en la práctica corriente, salvo aquellos casos en que los síntomas, exagerados ó atenuados, modifican la fisonomía del paciente.

El médico, primorosamente retratado, es un testimonio de la indumentaria profesional del siglo XVII, severa, y muy lejana de aquellas vestiduras grotescas

con que aparece caricaturizado en la farándula de la época.

Pero lo que tiene verdadero interés médico-histórico es el examen del líquido que el doctor realiza á través de las paredes de la retorta. Ese líquido es la orina de la enferma; y aquí se plantea un caso práctico de Medicina histórica: ¿en qué estado se encontraban los conocimientos que de la orina poseían los clínicos del siglo XVII y qué elementos de juicio podían reunir con su examen para llegar á establecer un diagnóstico?

Vamos á verlos: El plan de estudios vigente en la Facultad de Medicina de París, durante el Renacimiento y un siglo después, designaba como texto para el estudio de la orina el tratado titulado *de urinibus*, del que fué autor Theófilo, uno de los escritores médicos más notables del siglo VII. Compilador de Galeno y de Ruffo de Éfeso dedicó preferente atención al estudio de la orina, aunque la mayor parte de las señales proporcionadas por ella están tomadas de Galeno y otros autores antiguos. En dicha obra se hace mención de la orina oleaginosa, ya designada así en las obras galénicas. Como observaciones propias, Theófilo afirma que «el sedimento *latericio* y desigual era más favorable que otro uniforme y espeso»; y que «la orina rojiza anuncia la próxima resolución de la enfermedad para el día séptimo».

(Concluirá.)

¡CARIDAD! ¡CARIDAD!

Un antiguo suscriptor nos ruega la inserción de las siguientes líneas:

«En un pueblo de la provincia de Logroño, perteneciente al partido de Nájera y enclavado en las fragosidades de la sierra, ha fallecido un compañero, un héroe anónimo, que después de batallar durante veintinueve años con las penalidades, disgustos y sinsabores inherentes á la profesión, deja en el mayor desamparo é indigencia á su desconsolada viuda y afligidos hijos, hasta el punto de no disponer de recursos para cubrir las primeras necesidades.

Hay otras circunstancias que ennegrecen aun más los colores del cuadro; de los cuatro hijos que quedan en la más triste orfandad, una de veinte años está paralítica, por hidrocefalia; otra de once años casi completamente sorda y la viuda en el noveno mes de embarazo.

Ante cuadro tan desgarrador considero un deber ponerlo en conocimiento de la clase, sirviéndome para ello del veterano periódico EL SIGLO MÉDICO, esperando que los compañeros responderán al llamamiento contribuyendo con su óbolo para socorrer á esa desgraciada familia y proporcionarla lenitivo á su dolor, consuelo á sus aflicciones y enjugar lágrimas de seres inocentes que se ven privados de lo más indispensable para el sustento.

Los donativos pueden remitírselos á la viuda doña Eustasia García Fernández, Canales de la Sierra (Logroño).

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

SESIÓN DEL DÍA 10 DE FEBRERO DE 1920

Se celebró bajo la presidencia del Dr. Fernández-Caro.

Leída el acta de la anterior, que fué aprobada, el doctor Espina comenzó á disertar sobre la «Cola del tabaco», refiriéndose á la que ha habido á las puertas de los estancos, con motivo de la escasez de tabaco.

Censura la costumbre que tienen muchas mujeres de fumar, diciendo que es impropio del sexo bello, y analiza las causas de la cola y el mal ejemplo que en ella reciben los niños oyendo frases indecorosas y adquiriendo el vicio del tabaco, extendiéndose en consideraciones acertadísimas para demostrar la nociva influencia que éste ejerce en el organismo, especialmente en el de los menores.

Estudia las enfermedades profesionales de los que manipulan el tabaco, entre las que incluye los abortos producidos por tabaquismo, y termina pidiendo que por la Sociedad se excite á las autoridades á que, caso de continuar las colas, se permita solamente á los hombres formar parte de ellas.

El conde de Pinofiel defiende á los fumadores de los cargos que ha hecho el Dr. Espina y justifica el que se fume, aunque reconoce que es perjudicial á la salud.

La doctora Soriano encuentra justificado cuanto ha dicho el Dr. Espina acerca de las colas y del tabaco, pero se duele de que siempre se trata de hacer distinciones entre los hombres y las mujeres, y cree que no deben hacerse excepciones; pues la mujer, más que protección, necesita derechos.

El Dr. Espina dice que está conforme en que los derechos de ambos sexos sean iguales, é insiste en que el tabaco es un vicio sumamente perjudicial.

El conde de Pinofiel opina que debe llevarse el asunto al Instituto de Reformas Sociales, y el Sr. Mariscal afirma que en Suiza está ya establecida, como en los Estados Unidos, la prohibición de vender tabaco á los menores.

El Sr. Espina afirma que el peligro mayor está en que se trata de cultivar el tabaco en España, y es probable que este cultivo sustituya al de la patata, porque dará más rendimiento.

El señor presidente hace un brillante resumen de todo lo dicho, y manifiesta que su opinión es que nada se conseguirá con elevar á los Poderes públicos una moción contra el tabaco, por ser un vicio muy arraigado, pero que sí se puede hacer por lo que respecta al poco edificante espectáculo de las colas.

El Sr. Garrido Lastache cree que el problema es de educación y que las leyes de protección á la infancia son las que deben resolver lo que al tabaquismo de los niños se refiere.

La doctora Soriano insiste también en sus manifestaciones anteriores y se pasa á la discusión del tema «La mortalidad en Madrid», haciendo el Sr. Franco Martínez un detenido estudio de este interesante tema, alabando, como se merecen, los trabajos estadísticos del Sr. Lasbennes, de los cuales lee algunos en apoyo de su tesis, y termina su disertación encareciendo la necesidad de atender más á la mortalidad causada por enfermedades, como la tuberculosis, que á la de gripe, que tiene más de teatral, pero causa menos víctimas.

El Sr. Lasbennes reanuda el discurso que interrumpió en la sesión anterior por haber transcurrido las horas reglamentarias.

Analiza las mejoras que se han realizado en Madrid desde hace algunos años, sobre todo por las autoridades municipales, lo que ha traído una disminución en la mortalidad. Estudia las deficiencias de las estadísticas por la imposibilidad de hacerlas mejor, y dice que en Enero último murieron 3.000 personas, siendo desde la epidemia de gripe de 1889 á 90 el mes que ha dado mayor contingente á la mortalidad, debido en su mayor parte á las bronconeumonías, principalmente entre los niños, y habiendo llegado el número de fallecidos un día á 165, habiendo comenzado ésta á ser excesiva el 17 de Diciembre, y continuando ascendiendo hasta primeros de Febrero, que ha vuelto á la cifra normal, unos 60 á 65 por día.

SIL - AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.

Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

Se ocupa también de la encefalitis letárgica, de la que dice que se han presentado algunos casos en Madrid y provincias, y termina diciendo que la mortalidad excesiva no ha sido por una sola enfermedad, pues se había recrudecido en todas y especialmente en las del aparato respiratorio. Y siendo la hora reglamentaria se levantó la sesión.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL DÍA 18 DE DICIEMBRE DE 1919

Cuerpo extraño del ángulo interno del ojo.

Dr. García Mansilla.—Felipe Cuéllar, de doce años, natural de Colmenar de Oreja (Madrid), ingresó el día 1.º de Septiembre de 1919 y ocupó la cama número 24 de la sala 23, á mi cargo, en el Hospital General.

Cuenta el enfermo que el día 20 de Junio último intentó cargar una gavilla de cebada. Al hacer el movimiento de levantarla del suelo para echársela al hombro, recibió un golpe violento en el ojo derecho. Al momento empezó á sentir dolor en el párpado superior.

Siguieron los dolores, siendo más intensos al hacer movimientos con el globo ocular, y á los dos días notó gran edema del párpado superior.

A los diez días de recibir el golpe le apareció un bultito en la parte superior interna del párpado superior, á unos ocho milímetros por encima del ángulo interno, que aumentó de tamaño hasta adquirir el de un garbanzo.

Dicho bulto se abrió espontáneamente y de vez en cuando salía una gotita de pus.

Así ha estado hasta que vino á la consulta el día 1.º de Septiembre, ingresando en el Hospital.

Cuando se presentó se apreciaba enrojecimiento de la conjuntiva, tanto bulbar como palpebral; en el ángulo interno se veía hipertrofia de la carúncula, que aparecía rodeada de granulaciones grandes y pediculares. En la piel se observaba un orificio situado en la parte interna del párpado superior y á su alrededor una pequeña zona de induración.

Se trataba, por tanto, de una fistula palpebral que había que determinar su punto de origen y si era debida á una lesión ósea ó á un cuerpo extraño.

Operación.—El día 4 de Septiembre, previa anestesia clorofórmica (por ser muy indócil el enfermo), se procedió á explorar el orificio con una sonda y se encontró un trayecto de un centímetro próximamente, que atravesaba el párpado superior y se dirigía hacia fuera, atrás y abajo, saliendo el extremo de la sonda un poco por encima del fondo de saco conjuntival inferior.

Por el orificio conjuntival se vió una línea blanco-amarillenta que al cogerla con la pinza resultó ser un trozo de barba de espiga de dos centímetros de longitud. Después se extirparon las granulaciones del ángulo interno, se hizo un lavado con agua hervida, se instiló una gota de azul de metileno y se puso un vendaje.

Curso post-operatorio.—Día 5: Se levanta el apósito y se ve que ha desaparecido por completo la inyección conjuntival. El orificio fistuloso estaba casi cerrado. Comparando con el otro ojo no se nota más que un ligerísimo edema del párpado inferior. La cura consistió en un lavado con agua hervida y azul de metilo. Día 6: Ha desaparecido el ligero edema y el orificio está cerrado. Se hizo otro lavado y salió el enfermo completamente curado.

Inyecciones de leche de vaca en las afecciones oculares.

Dr. García Mansilla.—El empleo de la leche de vaca en inyecciones ha sido introducido en Medicina por Müller y Thanner, de Viena, en 1916, no sólo para combatir las afecciones oculares, sino también diversas infecciones generales como la gripe, la bronconeumonía, la blenorragia, el reumatismo articular, etc.

Por lo que se refiere á las afecciones oculares, se han empleado las inyecciones de leche de vaca esterilizada, en las iritis agudas, las úlceras infecciosas de la córnea, las infecciones post operatorias, la oftalmía purulenta, el tracoma,

las queratitis eczematosas, etc. Han obtenido favorables resultados, además de los citados autores vieneses, Pelnek, Dimmer, Friedlander, Domec, Darier, Walthen, Frogier, Galenga, Orlando, Jes y otros. Las inyecciones han sido unas veces intravenosas, otras sub-conjuntivales y la mayor parte de las veces parenquimatosas.

Nosotros las hemos usado en los seis casos siguientes:

Caso 1.º *Queratitis supurada por herida de la córnea.*—Félix Sesmero, de diez años, natural de Villacañas (Toledo), recibió una pedrada en el ojo izquierdo el 13 de Abril de 1919. A los siete días ingresó en nuestra clínica del Hospital General ocupando la cama 20 de la sala 28.

Manifiesta la familia del niño que á las veinticuatro horas del accidente se presentó en la córnea una mancha blanquecina alargada que le producía grandes dolores y fotofobia. Desde el momento del accidente quedó el ojo sin visión.

Por el examen comprobamos la existencia de una herida penetrante de la córnea que ocupa todo su diámetro horizontal, con sus bordes infectos blanquecinos, iris enclavado en un borde de la herida é hipopión que ocupa un tercio de la cámara interior. Inyección periquerática intensa, vivos dolores y fotofobia y visión reducida á percepción de la claridad.

Día 22 de Abril.—Inyección en la nalga de 2 c. c. de leche de vaca esterilizada dos veces y filtrada. Localmente instilaciones de atropina y azul de metileno. Por la tarde se eleva la temperatura á 38º.

Día 23.—Han cesado los dolores del ojo, pero se despiertan á la presión. El hipopión ha disminuido.

Día 24.—Se inyectan otros 2 c. c. de leche. Se presenta fiebre de 38º,5.

Día 25.—Los labios de la herida empiezan á limpiarse, el hipopión ha desaparecido por completo. No hay dolores.

Día 26.—Siguen limpiándose los bordes de la herida, no ha vuelto á tener dolores el niño, empieza á palidecer la inyección periquerática. Estando el humor acuoso completamente transparente puede apreciarse la existencia de una catarata traumática. Se inyectan 2 c. c. de leche de vaca. Por la tarde 37º.

Día 29.—Sigue la mejoría. Se inyectan 2 c. c. de leche de vaca. Temperatura 38º,5.

Día 1.º de Mayo.—Se inyectan 3 c. c. de leche. La herida corneana está completamente limpia, empieza la formación de vasos nuevos que se dirigen á la herida indicándonos que comienza el período de reparación. Temperatura 38º.

Día 3.—La herida está en franca cicatrización, el azul de metileno la tinte un poco, la iritis ligerísima. Se inyectan 3 c. c. de leche. Temperatura 38º.

Día 5.—Habiendo cesado todos los síntomas de infección y estando cicatrizada la herida se suspenden las inyecciones, persistiendo solamente en las instilaciones de atropina, hasta que salió el niño curado el día 10 de Mayo.

Más adelante habrá que operar la catarata si no se reabsorbe.

Como se ve, la infección traumática se dominó con seis inyecciones de leche aplicadas en días alternos.

Caso 2.º *Queratitis supurada.*—M. Torignela, de cuarenta y seis años, de Valdemoro (Madrid), estando segando hierba el día 16 de Abril con una guadaña, le saltó tierra en el ojo derecho, sintiendo ligeras molestias que no le impidieron seguir trabajando. Al día siguiente aumentaron aquellas y apareció un punto blanquecino en la córnea.

A los cinco días del pequeño accidente ingresó en nuestra clínica, ocupando la cama 12 de la sala 28.

Día 23 de Abril de 1919.—Observamos una úlcera central de la córnea del tamaño de una lenteja, que se tinte al azul. Iritis intensa, vivos dolores, hipopión de un milímetro. Dacriocistitis supurada crónica en ambos ojos, se instila atropina y azul.

Día 24.—Se inyectan 4 c. c. de leche de vaca esterilizada: reposo en cama. La temperatura se eleva á 39º por la tarde.

Día 25.—El enfermo ha notado alivio en los dolores permitiéndole dormir, que no lo podía hacer desde hacía cinco días, el hipopión ha desaparecido y la úlcera corneana está estacionada.

TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno, bals Peruriano, etc. El más poderoso cicatrizante y antiséptico de heridas. La más reciente aplicación de la moderna química á las necesidades de la actual cirugía.

Laboratorio: J. Ferret y Robert, Sitges (BARCELONA).

Día 26.—Se inyectan 4 c. c. de leche. Temperatura 37°, 6.
Día 27.—Se aprecia una notable mejoría. Ha desaparecido la supuración del saco lagrimal, por lo cual no se practica su extirpación que estaba preparada para este día. La úlcera corneana empieza a limpiarse. La pupila se dilata y disminuye la inyección periquerática.

Día 29.—Tercera inyección de 5 c. c. Temperatura 38°, 6.

Día 1.º de Mayo.—La ulceración ha disminuido, se tinte poco al azul. Cuarta inyección de 5 c. c. Temperatura 37°, 5.

Día 3.—La ulceración se encuentra en período de reparación, la iritis es poco manifiesta. Quinta inyección de 5 c. c. de leche. Temperatura, 38°, 1.

Día 6.—Se suspenden las inyecciones, puesto que la ulceración está curada, ha cesado la iritis y está limpio el humor acuoso.

Como se ve, la inyección corneana se ha curado en catorce días con cinco inyecciones de leche. El enfermo queda con un ligero leucoma central.

Caso 3.º Querratitis supurada traumática.—M. Tovar, natural de Maya (Portugal), de treinta y tres años, padece de dacriocistitis crónica. Estando machacando piedra en Ponferrada, el 19 de Abril le saltó una china al ojo derecho. Se inflamó el ojo y al día siguiente ya no veía.

Ingresó en el Hospital General, ocupando la cama 6, sala 28, el día 2 de Mayo de 1913.

Presenta extensa ulceración de forma triangular que ocupa la mitad.

Presenta extensa ulceración de forma triangular que ocupa la mitad inferior de la córnea. Hipopión de 4 milímetros, dolores intensos en la mitad de la cabeza que impiden el sueño. La visión es nula. Cuando le ocurrió el golpe con la piedra estaba convaleciente de la gripe.

Día 3 de Mayo.—Se le inyectan 5 c. c. de leche de vaca. Temperatura 39°. Instilaciones de azul y atropina.

Día 6.—El hipopión ha aumentado, persisten los dolores. Se hace la paracentesis de la cámara anterior dando salida a todo el pus. Segunda inyección de leche de vaca. Temperatura 38°, 5. La ulceración corneana ha aumentado.

Día 8.—Cesan los dolores, se rehacé la cámara anterior, no hay hipopión, la inyección periquerática disminuye y la infiltración periulcerosa tiende a disminuir. Se aplica la tercera inyección de leche de 5 c. c. Temperatura 39°.

Día 10.—No hay dolores, la ulceración corneana empieza a cicatrizar, la pupila se dilata. Se aplica la cuarta inyección de 5 c. c. Temperatura 38°, 8.

Día 13.—La cámara anterior está transparente, no hay dolores, la ulceración entra en período franco de reparación. Se aplica la quinta inyección de 5 c. c. Temperatura 37°.

Día 16.—La úlcera está cicatrizada, quedando un leucoma de poca extensión.

4.º caso. Querratitis supurada traumática.—E. de las Heras, cuarenta años, natural de Móstoles (Madrid).

El 18 de Abril estando escardando se pinchó el ojo derecho con una rama de arbusto. Sintió vivos dolores que aumentaron al presentarse al día siguiente una mancha blanca en la córnea.

Ingresó en el Hospital General el 30 de Abril, ocupando la cama 8 de la sala 23.

Presenta una úlcera central de la córnea con hipopión de 5 milímetros de altura. Percibe solamente la claridad. Dacriocistitis doble supurada crónica. Los dolores son muy intensos.

Día 1.º de Mayo.—Se practica la primera inyección de 5 c. c. de leche de vaca. Temperatura 37°, 6.

Día 2.—Han disminuido los dolores. El hipopión está estacionado.

(Continuará.)

NECROLOGIA

PROF. ROBERTO WURTZ

Ha fallecido hace poco, en Estrasburgo, el prof. Roberto Wurtz (1858-1919), catedrático de Higiene en aquella Facul-

tad de Medicina, y muy conocido por sus excelentes trabajos de Patología tropical. Roberto Wurtz cooperó a la fundación del Instituto de Medicina Colonial con Blanchard, y en la enseñanza de la Patología tropical dió muestras constantes de una competencia y preparación por todos reconocidas, y adquiridas en sus viajes de estudio en Abisinia, Senegal, Guinea y Argelia (1898-1910) y en sus trabajos de investigación. En colaboración con Thiroux escribió un buen tratado de Semiología de las enfermedades tropicales.

PITTALUGA.

Sección oficial.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

Se halla vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, la Cátedra de Medicina legal y Toxicología, que ha de proveerse por concurso de traslado, conforme a lo dispuesto en el Real decreto de 30 de Abril de 1915 y Real orden de esta fecha.

Pueden optar a este concurso los catedráticos numerarios de Universidad que, habiendo ingresado por oposición ó por concurso, desempeñen ó hayan desempeñado en propiedad asignatura igual a la vacante, ó de indudable analogía por tratarse de la misma materia docente, y tengan el título profesional y administrativo que les corresponda.

Los aspirantes elevarán sus solicitudes, acompañadas de la hoja de servicios, a este Ministerio, por conducto y con informe del jefe del Establecimiento donde sirven, precisamente dentro del plazo improrrogable de veinte días, a contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Este anuncio deberá publicarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias y en los tablones de anuncios de los establecimientos docentes, lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan desde luego que así se verifique sin más que este aviso.

Madrid, 3 de Febrero de 1920.—El subsecretario, Gascon Marin. (*Gaceta* de 7 de Febrero.)

MINISTERIO DE LA GUERRA

REAL ORDEN CIRCULAR

Excmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien disponer se celebren oposiciones públicas entre doctores y licenciados en Farmacia, a fin de proveer quince plazas de Farmacéuticos segundos del Cuerpo de Sanidad Militar, debiendo ajustarse los ejercicios al Reglamento y programa aprobados por Real orden circular de 19 de Agosto de 1912 (*C. L.* núm. 164) y verificarse en el Laboratorio Central de medicamentos de Sanidad Militar, dando principio el 5 de Abril del año actual.

Las instancias documentadas de los aspirantes se presentarán en la Sección de Sanidad de este Ministerio, a horas hábiles de oficina, desde la publicación de esta Real orden hasta el 15 de Marzo venidero.

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.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 29 de Enero de 1920.— *Villalba*—Señor... (*Gaceta* 1.º de Enero de 1920.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,1; íd. mínima, 701,5; temperatura máxima, 12º,8; íd. mínima, 2º,1; vientos dominantes, NE. SO. NO.

Continúa mejorando el estado de la salud pública, particularmente en lo que hace referencia á los afectos agudos que han disminuido en número y gravedad. Los crónicos siguen presentando las complicaciones propias de la estación y sosteniendo, aunque disminuida, la cifra de la mortalidad.

Crónicas.

Homenaje al doctor Tolosa Latour.—Se ha constituido un Comité del que forman parte colegas, amigos, discípulos y admiradores del doctor Tolosa Latour, y ese Comité se dirige al pueblo español, con la invocación presente, para que coopere á la suscripción pública que va á abrirse para erigir un monumento á su memoria.

Los que quieran contribuir á la erección del monumento, pueden remitir las cantidades que consideren convenientes, al Consejo Superior de Protección á la Infancia, Ministerio de la Gobernación, al Centro Hijos de Madrid, al Colegio de Médicos, Mayor, 1, y á la librería de Fé, Puerta del Sol, 15.

Congresos científicos en Mónaco.—El día 15 del próximo mes de Abril se celebrarán en Mónaco Congresos de Hidrología y Geología, de Higiene y Climatología, de Talasoterapia y Alpinismo, Congresos dedicados principalmente á favorecer el desarrollo de las estaciones termominerales, climáticas y alpinas de las naciones aliadas.

Oficialmente no concurrirán más que los hombres científicos de las naciones aludidas, pero el Comité de organización invita también á los especialistas de las naciones neutrales y muy especialmente á España.

Los hombres de ciencia españoles que tengan interés por estos Congresos, y deseen inscribirse como miembros titulares de cualquiera de ellos, pueden dirigirse al doctor Rodríguez Pinilla, plaza de Bilbao, núm. 11, segundo, que como delegado de estos Congresos internacionales proporcionará cuantos datos se deseen.

Errata.—Por un error de imprenta, los números de EL SIGLO MEDICO correspondientes á los días 7 y 14 de Febrero se han señalado con los de 3.451 y 3.452, en vez de 3.452 y 3.453 respectivamente.

De los conflictos sanitarios.—Motivada por la conducta del Ayuntamiento de Coin, ha comenzado el día 21 la huelga de médicos, farmacéuticos y veterinarios que forman la Asociación sanitaria de dicho partido, el cual comprende los pueblos de Alhaurín el Grande, Guaro, Monda, Tolox, Alhaurín de la Torre y Pizarra.

Todos los médicos de dichas localidades han presentado la dimisión de sus cargos y se han trasladado á Málaga, donde permanecerán hasta que las autoridades resuelvan el conflicto. Igual conducta han seguido los farmacéuticos y veterinarios.

Toda esa zona, que es muy extensa, ha quedado desprovista en absoluto de auxilios sanitarios. La huelga tiene la misma causa que la de Jerez de la Frontera. El gobernador ha citado para hoy á los alcaldes y sanitarios.

Los titulares de Huelva.—La Junta de gobierno del Colegio Médico de Huelva ha visitado á varios diputados á Cortes para que gestionen la concesión de mejoras formuladas en el programa mínimo de la Asamblea de médicos titulares celebrada en Madrid el pasado Noviembre.

También les pidieron que gestionen el pago de los atrasos que algunos Ayuntamientos de la provincia tienen con sus titulares.

El Colegio Médico se propone realizar igual gestión cerca de los representantes de la provincia.

Estudios antropológicos sobre los lapones.—Con motivo de un viaje hecho al país de los lapones para estudiar los caracteres antropológicos de estos pobladores del extremo norte de Europa, ha sido presentada á la Academia de Ciencias de París una colección muy interesante de fotografías y un resumen de los datos más importantes adquiridos respecto á la población lapona.

Los lapones ocupan actualmente una región que se extiende por el extremo septentrional de Noruega, Suecia y Finlandia. En conjunto, no suman más de 25.000 individuos, algunos de los cuales viven aún en estado nómada.

Han sido estudiados doscientos lapones, elegidos en diferentes porciones del país. De las observaciones hechas, resulta que son todos braquicéfalos, con un índice cefálico de 87,65 para los hombres, y 86,17 para las mujeres. La talla media es de 1,53 en los varones, y de 1,47 para las hembras. Se distinguen, pues, perfectamente de los demás pobladores de Noruega, Suecia y Finlandia, y de los esquimales dispersos por las tierras del casquete boreal. (De *El Sol*.)

Consultas públicas.—El Real Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia, de Madrid (Tutor, 36), ha admitido en el pasado mes de Enero 578 enfermos de nuevo ingreso, y practicando en total 2.158 asistencias.

Con bonos de comida de S. M. la Reina Doña Victoria Eugenia han sido socorridos varios enfermos.

Por la señora presidenta del Ropero de Santa Rita de Casia, doña Consuelo Avalos de Espina, se ha continuado socorriendo con ropas de abrigo de cama, calzado y metálico.

También han sido pagados los medicamentos á los enfermos más necesitados.

Real Academia Nacional de Medicina.—Apareciendo un error de imprenta en el «Programa de Premios y Socorros» para el año 1920 y 1921 en lo referente á los Premios de la «Academia, Alvarez Alcalá, Martínez Molina é Iglesias y González», en el que se dice que las Memorias se remitirán á la Secretaría antes de 1.º de Julio de 1920, se hace saber al público, que es hasta dicha fecha de 1921.

Madrid, 19 de Febrero de 1920.—A. Pulido, secretario.

Al presente número acompaña una circular informativa cuya lectura recomendamos, sobre los productos farmacéuticos del **Laboratorio de J. García Suárez**.

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 peptoná.—Todas las indicaciones del iodo y los ioduros. Sin iodismo.

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.

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

Muestras y prospectos: **F. BELLOT**

Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

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

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

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

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

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