

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	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	J. GÓMEZ OCAÑA Catedrático, Senador, Académico de la Real Nacional de Medicina.	G. MARAÑON Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	J. ORTIZ DE LA TORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	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: Histopatología del bazo en la enfermedad de Banti, por F. Jiménez Asúa. — Método inmunizante antinecrótico, por el Dr. Camilo Calleja. — Un caso de imbecilidad, por el Dr. Abdón Sánchez Herrero. — Comunicaciones al I Congreso Nacional de Medicina, presentadas por el Dr. D. Bernabé Malo de Poveda. — Bibliografía, por Sanchis Banús. — Periódicos médicos. — Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carldn. — Colegio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos. — Dos instancias. — Para el señor ministro de Gracia y Justicia, por el Dr. M. Sánchez Manzano. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Instituto de Anatomía Patológica de la Real Universidad de Nápoles.

Director: profesor G. Pianese.

HISTOPATOLOGÍA DEL BAZO EN LA ENFERMEDAD DE BANTI

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE SU ETIOPATOGENIA

POR

F. JIMÉNEZ ASÚA

Pensionado por la Junta para ampliación de estudios en el extranjero; auxiliar honorario de la Cátedra de Parasitología (profesor PITTALUGA) de la Facultad de Medicina de Madrid.

Recientemente hemos publicado una larga monografía (1) sobre la enfermedad de Banti llamando la atención sobre el posible, ó por mejor decir, probable parentesco entre ella y las esplenomegalias hemolíticas. Por tanto, no hemos de hacer aquí un detenido examen de estos procesos, siendo el objeto de este trabajo contribuir al estudio de la histopatología esplénica de la enfermedad de Banti con la descripción de seis casos que hemos tenido ocasión de observar en el Instituto de Anatomía Patológica de Nápoles, añadiendo tan sólo algunas consideraciones etiopatogénicas que se derivan de este estudio.

Prescindiremos en este lugar de la parte clínica y tampoco haremos mención de la extensa bibliografía

(1) JIMÉNEZ ASÚA: "Funciones del bazo. Hiperesplenía y asplenia", *Anales de parasitología y enfermedades de la sangre*, 1919, número 1 (en prensa).

que existe sobre estos asuntos, remitiendo al lector á la citada monografía.

Es conocido que la lesión señalada por Banti como fundamento anatómico de la enfermedad que lleva su nombre es la fibroadenia, consistente en un espesamiento del retículo que comenzado alrededor de la arteria del corpúsculo termina por transformar á éste en un nódulo conectivo. La fibroadenia invade también los cordones de la pulpa, mientras los senos, cuyo volumen depende del grado de la lesión, presentan los endotelios de revestimiento tumefactos. No se observan acúmulos de pigmento, ni aumento de eritrófagos, en una palabra, ningún signo de aumentada destrucción hemática.

Por el contrario, en las ictericias ó esplenomegalias hemolíticas (1) encuéntrase exagerados tales signos con congestión y eritrofagia sin alteraciones fibroadénicas del retículo y folículos normales.

Estas diferencias anatomopatológicas parecen revelar diversas patogenias de la anemia que acompaña á estas enfermedades. En la esplenomegalia Bantiana no estando aumentada la hemocatéresis es necesario pen-

(1) Preferimos el nombre de esplenomegalias hemolíticas, designando con él, como hace Banti, aquellos casos en que la causa de la enfermedad parece residir en el bazo, pues se curan por la esplenectomía, separándolas así de las ictericias hemolíticas, grupo complejo en el que probablemente se reúnen procesos de patogenias diversas y algunos de los cuales, puede decirse con Chauffard, son el *noli me tangere* de los cirujanos.

sar en la teoría de la inhibición de la médula ósea invocada por Rummo, Severino, etc., y ampliada por nosotros, mientras que en las esplenomegalias hemolíticas está condicionada, como su nombre indica, por una exagerada destrucción. Sin embargo, decíamos nosotros en el mencionado trabajo, ambos mecanismos patogénicos es posible que no siempre se den puros y muchas veces existen formas de sintomatología mixta con alteraciones anatómicas combinadas, y acudíamos para demostrarlo a diversos casos de la literatura (1).

En los casos por nosotros estudiados actualmente, hemos podido comprobar que encontrándose en todos ellos lesiones típicas de fibroadenia en grados diversos, en algunos no es ajeno al proceso una cierta exageración de los signos de destrucción hemática.

Caso I. (A. 13 del Protocolo del Instituto.)

Enfermedad en tercer período, ó sease con cirrosis hepática. Órgano procedente de autopsia. Métodos empleados: Hematoxilina-eosina. Van Gieson.

Cápsula y tabiques engrosados. Corpúsculos de Malpighi discretamente disminuidos en número y algunos en volumen, presentando alteraciones fibroadénicas incipientes alrededor del vaso folicular, que tan sólo rara vez se prolonga hasta la periferia transformándolos en nódulos conectivos. Ciertos folículos todavía se conservan normales con centros germinativos bien apreciables. En la pulpa los senos son normales, el retículo cordonal espesado. No se observan fenómenos de congestión, ni aumento de eritrofagos y células pigmentíferas.

Hígado con cirrosis.

Resumen.—Fibroadenia esplénica incipiente pura.

Caso II. (A. 180.)

Enfermedad en tercer período. Órgano procedente de autopsia. Métodos empleados: Hematoxilina-eosina. Van Gieson. Giemsa. Bielchowski.

Periesplenitis crónica y engrosamiento de las trabéculas. Folículos escasos, pequeños, con fibroadenia periarterial. Cordones gruesos con marcado espesamiento del retículo. Senos tapizados de grandes células que les dan aspecto de conductos glandulares. Ausencia de congestión y eritrofagia.

Hígado cirrótico.

Resumen.—Fibroadenia esplénica de mediana intensidad pura.

Caso III. (A. 7.)

Enfermedad en tercer período. Órgano procedente de autopsia. Métodos empleados: Hematoxilina-eosina. Van Gieson.

Fuerte engrosamiento de la cápsula y de los tabiques que de ella se desprenden. Folículos escasos afectados de intensa fibroadenia que convierte a la mayor parte de ellos en nódulos conectivos. Senos estrechos, cordones gruesos con espesamiento del retículo y esca-

sos núcleos. Ausencia de fenómenos de destrucción hemática.

Hígado con cirrosis.

Resumen.—Intensa fibroadenia esplénica pura.

Caso IV. (A. 135) (1).

Enfermedad en tercer período. Insuficiencia mitral. Embarazo. Órgano procedente de autopsia. Métodos empleados: Hematoxilina-eosina. Van Gieson.

Periesplenitis crónica y trabéculas fuertemente engrosadas. Intensa fibroadenia, que invade casi totalmente los folículos en los que sólo se aprecia la parte más periférica. En aquellos escasos que todavía se conservan se han borrado los centros germinativos. Senos estrechos, cordones gruesos, escasos eritrofagos. Marcada hiperemia y pequeños focos hemorrágicos que también se observan en el hígado (afecto de cirrosis anular), riñón, etc., y que son la expresión de trastornos circulatorios generales debidos a la lesión cardíaca.

Resumen.—Intensa fibroadenia esplénica con fenómenos de congestión pasiva.

Caso V. (S. 597.)

Enfermedad en tercer período. Órgano procedente de autopsia. Métodos empleados: Hematoxilina-eosina. Van Gieson. Giemsa.

Cápsula engrosada, tabiques recios. La mayor parte de los folículos son más pequeños que normalmente; sin embargo, otros presentan un cierto grado de hiperplasia. Alrededor de la arteria del corpúsculo se observan espesas túnicas conectivas que sólo en raros casos invaden la mayor parte del folículo. Cordones estrechos. Senos dilatados con endotelios tumefactos, llenos de hematíes. Aumento de células globulíferas.

Hígado con cirrosis atrofica anular. En ningún órgano observanse fenómenos de congestión pasiva.

Resumen.—Fibroadenia esplénica moderada. Congestión y eritrofagia.

Caso VI (2). (A. 242.)

Enfermedad en primer período. Órgano procedente de operación. Métodos empleados: Hematoxilina-eosina. Van Gieson. Giemsa. Pianese. Bielchowski. Achúcarro.

Fuerte espesamiento de la cápsula y de las trabéculas, que en algún punto se presentan hialinizadas. Corpúsculos de Malpighi disminuidos en número, algunos normales, otros hasta hiperplasiados con centros germinativos normales, pero la mayor parte con típicas alteraciones fibroadénicas que se inician alrededor de la arteria. Esta alteración es muy característica cuando el corte es paralelo al vaso; de su túnica irradia con fuerte espesamiento la organización conectiva que aprisiona los elementos propios del corpúsculo. Cuando el vaso en vez de ser central es periférico, el comienzo de la lesión es también periférico. Encuéntrense alteraciones en diversos grados, y al lado de folículos trans-

(1) Muy recientemente CECONI [Splenomegalia emolítica, *Policlinico* (sez med), 1919, pág. 129] señala también en tres casos la existencia de lesiones mixtas con bazo congestivo y fibroadenia, indicando al par, bajo diferentes aspectos, los lazos que pueden existir entre la enfermedad de Banti y las esplenomegalias hemolíticas.

(1) Este caso y el siguiente (S. 597) han sido publicados por el profesor Martelli en su obra "Malattie del sangue", Torino, 1919, págs. 500 y 532.

(2) Este caso ha sido ya publicado por nosotros en unión de la historia clínica "Nuovo contributo allo studio della Malattia di Banti-Splenectomia, Guarigione", *Gazz. Inter. di Med. Chir.*, 1949.

formados en nódulos hialinos se ven otros en los que sólo está invadido el centro y la periferia se conserva todavía sana. Masas hialinas pueden observarse en estos folículos sólo en parte alterados. Los elementos del folículo más escasos que normalmente se disponen entre las estrechas mallas del retículo.

En la pulpa se observa estrechamiento de los cordones, por lo cual los senos aparecen dilatados, con endotelio hiperplasiado, cuyas células, alguna vez libres en los senos, están cargadas de eritrocitos ó pigmento hemático. En algunos escasos puntos los senos están llenos de hematíes con numerosos macrófagos globulíferos.

Las fibras del retículo que aparecen bellamente teñidas por los métodos de Achúcarro y Bielchowski son numerosas, algunas hinchadas, tortuosas, fragmentadas, constituyendo mallas estrechas y densas alrededor de los senos y de los corpúsculos, continuándose con el retículo de éstos. Si las alteraciones del folículo son más avanzadas hasta el punto de caer en hialinosis, las fibras del retículo quedan interrumpidas, cortadas, dejando aislado al folículo como si fuese un cuerpo extraño. Alrededor de las arterias el espesamiento conectivo es marcadísimo como puede observarse con el método de Van Gieson.

Resumen.—Fibroadenia esplénica bastante avanzada. Congestión y eritrofagia.

Considerados en conjunto puede concluirse:

1.º Que aunque todos los casos, excepción del último, corresponden al tercer período de la enfermedad y que por consecuencia debe tratarse de lesiones muy avanzadas, las alteraciones fibroadénicas no son muy intensas en todos los bazo estudiados, observándose además en cada uno de ellos diversos grados de lesión folicular, por lo que es posible mantener que la fibroadenia no es sino una lesión terminal, quizás precedida de fenómenos de hiperplasia del corpúsculo.

2.º Que los fenómenos de congestión se observan frecuentemente y no siempre están ligados a trastornos circulatorios generales como en el caso 4.º, pues se encuentran también en el 5.º y 6.º acompañados de un aumento de eritrofagos y células pigmentíferas.

Una variante curiosa de lesión es la encontrada en el caso S. 376 (1) del Protocolo del Instituto. En tal caso sintomatológicamente no podía hablarse de una verdadera enfermedad de Banti, pues no podían distinguirse en el desarrollo del proceso el curso regular descrito por el profesor florentino, los ganglios estaban aumentados de volumen, la temperatura era subfebril y los fenómenos intestinales presentaban tal relieve que bien podrían considerarse como la causa de la enfermedad.

Las alteraciones anatomopatológicas diferían de la fibroadenia típica, como haremos notar á continuación. La cápsula y trabéculas fuertemente engrosadas. Folículos afectos de un proceso que no es propiamente

la fibroadenia de la enfermedad de Banti, pues la fibrosis invade el corpúsculo, no como en ésta partiendo exclusivamente de la arteria, sino preferentemente es de las trabéculas de donde se desprenden las estrechas mallas que ahogan los elementos linfoides propios del folículo, y si en algún caso se observan figuras que recuerdan la fibroadenia periarterial, generalmente el espesamiento de las tunicas vasales aparecen aislados de la fibrosis periférica por partes todavía sanas del corpúsculo.

En algunos de éstos todavía conservados, es posible asistir á la transformación de fibroblastos que en gran número se disponen entre los escasos linfocitos. Senos irregulares, ausencia de fenómenos congestivos, existiendo, por el contrario, escasisima cantidad de sangre. En algunos puntos obsérvanse zonas degeneradas sin estructura con núcleos picnóticos é hipercrómicos (1).

Ganglios hiperplasiados. Hígado cirrótico y con hiperplasia biliar. Enterocolitis ulcerosa.

Se trata, pues, de un caso en el que el diagnóstico ni clínica ni anatomopatológicamente pudo ser aclarado y que revela la confusión que todavía existe en la patología esplénica, por lo que Hirschfeld en su magnífica monografía «Die Splenomegalien» se ha visto obligado á añadir como apéndice un grupo de esplenomegalias de naturaleza desconocida.

Por lo que se refiere á la etiología, habiéndose acusado por algunos autores á la tuberculosis, sífilis, malaria, estreptotrix, etc., hemos procurado poner de manifiesto mediante los métodos apropiados, dichos agentes etiológicos, pero ni con los procedimientos usuales para el bacilo de Koch (2), ni con el Giemsa para el paludismo, ni con el método de Levaditi para el treponema sífilítico, ni con el de Wheal y Chown para los estreptotrix, hemos podido encontrar nunca tales agentes, y por lo que se refiere á este último haremos un breve comentario. Gibson encontró estos parásitos en el bazo de algunos individuos afectos de esplenomegalia, y con este hallazgo creyó haber aclarado en ciertos casos la causa de la enfermedad que nos ocupa. Este autor envió al Instituto dos de sus bellos preparados que hemos estudiado detenidamente, y en los cuales obsérvese con gran claridad el agente descrito, pero al mismo tiempo podemos asegurar que no se trataba ni remotamente de enfermedad de Banti, pues siendo órganos procedentes de autopsia, debían encontrarse lesiones avanzadas ó, al menos, indicios de fibroadenia

(1) Ceconi en el trabajo citado describe un caso de esplenomegalia con cirrosis hepática que presenta algunos puntos de contacto con el que nos ocupa: Reticulo esplénico hiperplasiado de mallas estrechas, con aumento de fibroblastos; folículos escasos de menor volumen sin alteraciones de la arteria central ni fibroadenia. Por encontrarse algunas, aunque escasas, células globulíferas y pigmentíferas, Ceconi está tentado de considerarlo como una forma de paso de las ya descritas, y representando una etapa anterior á la fibroadenia.

(2) En el caso V (S. 597) se encontraron en el pulmón bacilos con caracteres semejantes al de Koch, mas no se hicieron inyecciones en el cobaya.

(1) Publicado también por Martelli. Loc. cit., pág. 496.

si hubieran pertenecido al tal proceso. En el señalado con el núm. 2 obsérvase engrosamiento de la trabécula; folículos hiperplasiados sin el menor signo de fibroadenia. Cordones gruesos, senos estrechos. En el indicado con el núm. 3.749 los folículos son numerosísimos é hiperplasiados, existiendo intensa hiperemia pulpar.

Queda todavía sin una confirmación indudable la causa propia de los procesos á que venimos refiriéndonos, pues ni la hipótesis de Banti de un agente específico desconocido ha tenido comprobación, pues ni en manos de este autor ni en las de otros han dado resultado los cultivos, las inoculaciones, etc., ni tampoco es posible encontrar un agente conocido obrando como de ordinario, afirmándonos en la idea sostenida de que es muy probable que toxiinfecciones comunes en individuos especialmente predispuestos sean la causa que provoca una exaltación de las funciones esplénicas [bien inhibidora de la hemopoyesis (función mieloenfrenadora de Asher, Pappenheim, Hirschfeld, etc.), bien de la hemocaterética ó hemocatonística de Bottazzi], hiperesplenía que, según nuestra hipótesis, sería el fundamento patogénico del proceso, y que en último término y por mecanismos que actualmente no se prestan á una justa interpretación, termina por avanzada fibroadenia esplénica, lesión que en todos los casos típicos es posible sorprender, al menos, en forma incipiente, y por cirrosis hepática, alteración esta última que no es privativa de los casos en que la enfermedad se desenvuelve como típica esplenomegalia de Banti, pues se ha observado en algunos casos que presentaban los signos de esplenomegalia hemolítica (caso de Lintvarev, uno descrito por nosotros en la mencionada memoria, etc.), ni tampoco es término obligado de aquélla, pues puede prolongarse la enfermedad durante muchos años, sin que se presente la cirrosis hepática, constituyendo aquellos casos considerados como anemia esplénica y en los cuales todos los restantes síntomas, ante un examen desapasionado, son tan idénticos á los del primer período de la enfermedad de Banti, que hacen injustificada tal diferenciación.

Una vez más debemos expresar nuestra gratitud al profesor Pianese, director del Instituto, y especialmente al profesor Martelli, por la activa cooperación que nos han prestado en la realización de este trabajo, poniendo á nuestra disposición todos los medios necesarios.

Posillipo, 20 Mayo 1919.

METODO INMUNIZANTE ANTINECROSICO

POR EL

DR. CAMILO CALLEJA (1)

La meronecrosis ya se halle localizada, esto es, circunscrita ó ya se halle esparcida (diaspironecrosis), viene á ser una gangrena oculta (criptogangrena), que se revela por la reacción vital de las células supervivientes que se hallan interpuestas entre las muertas ó

necrosadas. Esta gangrena, imperceptible á simple vista y esparcida por los sistemas anatómicos (á la que damos el nombre de diaspironecrosis), existe bajo dos formas ó modalidades, igualmente que la gangrena común ó directamente visible; unas veces es húmeda y otra es seca. Determina la diaspironecrosis húmeda el autofagismo de los tejidos, y determina la diaspironecrosis seca la isquemia capilar, principalmente de los vasanervorum y de los vasavasorum.

Veamos ahora cómo se producen estos efectos morbiológicos. En el caso de insuficiencia nutritiva sobreviene el autofagismo de los capilares, los productos formados excesivamente por la consunción de los capilares dañan mayormente á las venas y viene el éxtasis sanguíneo de los grandes sistemas anatómicos, ocasionándose la mortificación de forma húmeda, en la que las células que perecen más pronto, que son las cardinales ó las más jerárquicas (esto es, las nerviosas y musculares), se hallan inundadas por el exudado sanguíneo, sobreviniendo entonces una proliferación conjuntiva gigantesca que constituye la formación granulosa ó tuberculosa.

En el caso de intoxicaciones crónicas se produce generalmente una cauterización difusa del endotelio vascular, mayormente en los capilares y en las arteriolas diminutas, con la oclusión consiguiente, lo cual determina una isquemia diseminada en los sistemas anatómicos, y esta isquemia puede traer en pos de sí la necrosis de células nerviosas y musculares, sin llegar á morir las conectivas; éstas entonces proliferan, aumentando y endureciéndose los tejidos fibrosos, constituyendo la esclerosis.

Además se perturba en este proceso necrobiótico la vida de los saprofitos, pero esto sucede á consecuencia de la meronecrosis y no ésta á consecuencia de aquélla. Mas puede suceder, y sucede de ordinario, que la saprofitosis cuando se desarrolla excesivamente, ocasione después necrosis celulares secundarias.

En suma, en ambos casos actúan siempre las substancias nocivas procedentes de la disgregación celular. Efectivamente, en la red capilar se coagula el suero sanguíneo; pero á pesar de haber adquirido la sangre mayor viscosidad, si puede pasar á las venas, se produce en éstas la estancación sanguínea, y si se ocluyen los capilares aferentes ó arteriales, sobreviene la isquemia. Las consecuencias son más ó menos graves según el grado de coagulación; cuando ésta es total, resulta la gangrena en masa, y si es parcial se produce la necrosis parcial ó meronecrosis, adquiriendo las mortificaciones de los tejidos la forma húmeda si hay éxtasis venoso y la seca si hay isquemia. Hay un contraste entre estas dos formas y las condiciones de la sangre; así se ve que se determina el éxtasis venoso en los casos que la sangre tiene mayor alcalinidad, esto es, en las anemias, y por lo contrario, sobrevienen generalmente la isquemia ó anemia de los órganos nerviosos y circulatorios en los pletóricos, porque su sangre es subalcalina (acidosis). De aquí que en las inaniciones sea más frecuente que la meronecrosis dispersa (ó diaspironecrosis) sea húmeda, conduciendo á la tuberculización

(1) Véase el número anterior.

mientras que en los sobrealimentados sea más frecuente que la meronecrosis dispersa (ó diaspironecrosis) sea seca determinando la esclerosis diseminada llamada comúnmente arterioesclerosis. Esta antítesis no es, sin embargo, absoluta pudiendo coexistir la tuberculización y la esclerosización en un mismo individuo, si bien produciéndose cada una de estas dos degeneraciones en distintos órganos, ó sucesivamente en un mismo órgano, esto es, primero se tuberculiza y luego se esclerosa.

Cuando las células necrosadas se desintegran (citolisis) dejan libres los venenos polipéptidos, produciéndose una toxemia que puede ocasionar pulmonías, neuritis, reumatismos y también el shock (según el doctor Turck). Entonces los polipéptidos ó venenos celulares producen una acción inhibitoria parcial sobre las células supervivientes y sobre los saprofitos que se hallan á su alcance, lo cual incita la reacción vital antimorboza ó curativa, ya para alcanzar la restitución ya una sustitución mejoradora, como la cicatrización. En este proceso las bacterias saprofíticas actúan como auxiliares de la reacción; pero si dichas bacterias ingieren excesivamente dichos polipéptidos celulares, adquieren extraordinaria virulencia y pueden convertirse en gérmenes patógenos produciendo autoinfecciones secundarias, ya sea por sobrada proliferación (heterometría), ya por trasladarse á puntos donde son extraños (heterotopía). Por consiguiente, los saprofitos actúan comúnmente como buenos auxiliares de las células (simbiosis citosaprofítica) cuando se hallan en regular proporción; pero pueden hacerse nocivos cuando por su sobreabundancia sean demasiado inhibitorios, actuando como vectores de los venenos polipéptidos procedentes de la desintegración de las células necrosadas. De modo que las toxemias autógenas de la crisis, sin más que las alteraciones constitucionales, es decir, cuantitativas generales, no son el producto directo de las bacterias, sino de la citolisis necrótica.

Ahora, en conformidad con el transformismo bacteriano demostrado por Jaime Ferrán, nos explicaremos los cambios sucesivos.

Indudablemente los tejidos necrosados son el terreno abonado para verificarse más ampliamente la proliferación de los saprofitos, y para que éstos se transformen haciéndose más virulentos ó patógenos, efecto de la perturbación metabólica que sufren por la incorporación de dichos venenos celulares, con lo cual ejercen una influencia catalítica sobre la rapidez de la desintegración celular; también es indudable que siendo los microfitos vehículos reproductores pueden multiplicar su acción y transportar su contenido á puntos distantes de su origen, ó también á distintos individuos por inoculación traumática, pero los saprofitos no engendran la materia tóxica.

Contribuirá á esclarecer esta rectificación si se corrige el concepto erróneo de infección sustentado por los autores que resulta de haber comparado á la infección con una siembra ó con una implantación. Esto es inexacto, porque cuando se inoculan los bacilos de Koch los tubérculos no se forman por el crecimiento de dichos bacilos, sino por la reproducción de las células

de los tejidos conectivos; de modo que las bacterias ó microfitos no actúan como semillas ni como injertos, sino que son las células del individuo las que funcionan como tales y, por consiguiente, la infección no es una siembra ni el individuo es simplemente un terreno cultivable, sino una matriz provista de óvulos germinales fecundables, en la que pueden actuar las bacterias como abono fecundante, ó en pocas palabras, la infección es comparable á una fecundación en la cual las células son los elementos fecundados.

Es preciso también para formarse un verdadero concepto patogénico de las enfermedades, interpretar como es debido la función de los saprofitos, ó sea la saprofitosis, diferenciando tres condiciones: hipersaprofitosis, mesosaprofitosis é hiposaprofitosis. No hay que olvidar por un momento siquiera la dependencia de la proliferación y virulencia saprofítica del estado de las células, y especialmente la subordinación de las acciones morbosas saprofíticas á la necrosis en general, y más frecuentemente á la necrosis celular discontinua ó parcial, es decir, a la meronecrosis.

Respecto á la patogenia de las meronecrosis secundarias, he de consignar algunas particularidades. Las alteraciones precursoras de las meronecrosis secundarias pueden consistir en escasez (endiasis) ó en sobreabundancia (pleosis). Esta es necesariamente primaria, pero la escasez puede ser primaria ó puede ser consecutiva á la acción inhibitoria de tóxicos extraños á nuestro organismo que no se hallan en cantidad suficiente para determinar directamente la meronecrosis. También la sobreabundancia de principios constitutivos es inhibitoria, ocasionando escasez (pleoendiasis).

CONSECUENCIAS TERAPÉUTICAS DE ESTA NUEVA PATOGENIA.—Nada tiene actualmente de nueva la decisión quirúrgica preventiva, si bien se ha elevado á racional la indicación que era simplemente empírica de librar al paciente con todas las reglas del arte y sobre todo lo más pronto posible, de todas las porciones necrosadas ó medio necrosadas, ya sea por medio de amplios desbridamientos, ya por la extirpación. Mas este principio ha de aplicarse también á los órganos más ó menos mortificados, y especialmente si la meronecrosis es de forma húmeda, como sucede cuando degeneran en tuberculosis, v. gr., cuando se tuberculiza un riñón hallándose el otro en buenas condiciones. De esta manera, esto es, removiendo el foco *cito et tuto* de la toxemia se prevendrá la agravación del paciente, quedando así el organismo en mejores condiciones para defenderse y resistir.

Respecto al tratamiento curativo de los órganos meronecrosados, el Dr. Turck propone la inmunización activa y pasiva á la vez, valiéndose de cáusticos y de sueros. El cáustico preferible según Turck es el cloroformo, inyectando subcutáneamente en diferentes puntos III ó IV gotas de este líquido hasta introducir en total de 3 á 50 c. c. según los casos; en relación con su agudeza se usan mayores dosis, pero sólo una ó dos veces en los casos agudísimos, mientras que en los crónicos se repiten por mucho tiempo dosis pequeñas y muy repartidas, cada dos ó tres días. Además, para coadyuvar á la

inmunización pasiva usa un suero de caballo que se prepara de un modo semejante á la antitoxina diftérica, pero usando jugos de tejidos humanos necrosados por el cloroformo.

Hemos de advertir que efectos semejantes á los de las inyecciones subcutáneas del cloroformo se obtienen con otros cáusticos y que los vesicantes, los abscesos de Faucher, las ventosas y procedimientos análogos, deben su acción medicinal en gran parte á la inmunización antinecrótica que producen. Es muy probable que se hallen necrosantes preferibles al cloroformo puro, y por mi parte confío en que he de poder realizarlo, pues ya siento grandes esperanzas con las pruebas verificadas.

CONCLUSIONES PRÁCTICAS

El tratamiento de las enfermedades puede ser causal y efectual; éste, que se dirige á modificar las alteraciones patológicas, es substituyente de dos órdenes: lesional y reaccional. El lesional está indicado siempre que se puede mejorar el daño causado, mientras que el reaccional ó sintomático está ordinariamente contraindicado y nada más debe aplicarse en dos circunstancias: cuando sea vitalísima y cuando sea paliativa sin interferir considerablemente con el curso del mal, ya porque sea de todos modos curable, ya porque sea incurable. Ahora bien, cuando la lesión consista en una meronecrosis, lo primero es la reconstitución lo mejor posible, y lo segundo es favorecer la reacción inmunizante contra la necrosis.

La acción morbosa próxima inmediata de la meronecrosis es una toxemia que puede ser autógena ó exógena ó mixta. La toxemia autógena puede ser determinada por los productos de autoconsunción (autofagismo), ó por los productos de suboxidación metabólica (acidismo ó acidosis); y la toxemia exógena consiste en la intromisión de venenos extraños ó tóxicos propiamente dichos, ó de toxinas microbianas, ó de ponzoñas animales. Frecuentemente se reúnen agentes tóxicos ó nocivos de las dos procedencias.

Según los experimentos del Dr. Fenton B. Turck, el «shock» es la consecuencia de una toxemia galopante producida por una conmoción traumática ó psíquica. y la necrosis diseminada es la consecuencia de una toxemia crónica insidiosa que produce una continuidad de «shocks» imperceptibles, es decir, cambios que son tan diminutos que no nos damos cuenta de ellos por directa sensación, como sucede con los fenómenos inconscientes de la vida vegetativa, que solamente les conocemos por inferencia.

La meronecrosis autógena, accidentalmente producida por alteraciones de la crisis, ó también por puro traumatismo, no es más que una ampliación del hecho constante que se verifica al renovarse los elementos anatómicos. Efectivamente, en el seno de los órganos siempre se produce en pequeña escala la muerte de algunas células más ó menos separadas por otros elementos subsistentes, dando lugar á un diminuto proceso de necrosis.

En resolución: esta rectificación de la patogenia

trae en pos de sí una consecuencia muy transcendental para la práctica, á saber: que las enfermedades en las cuales se haya producido una meronecrosis precursora de las alteraciones reactivas de la vitalidad, como sucede en la conmoción ó shock, en la inflamación, en las infecciones y en las degeneraciones tuberculosas y artríticas, el tratamiento patogénico ha de consistir en inmunizar el individuo contra los productos necróticos, en vez de combatir las manifestaciones sintomáticas de la reacción curativa, ora sea restitutiva, ora sea sustitutiva. Esta inmunización puede ser preventiva y curativa y se puede conseguir en más ó menos grado la inmunización antinecrótica, según la cantidad de polipéptidos, formada por la disolución de las células cauterizadas, siempre que dichas sustancias citolíticas no pasen de ser incitantes, es decir, no lleguen á ser mortíferas por hallarse en demasía.

Por consiguiente, el tratamiento patogénico de las tuberculosis y de los artritis no debe consistir en atacar la reacción fimatógena ni la fibrógena, sino en modificar las necrosis celulares ó meronecrosis precursoras de dichas reacciones por medio de efectos terapéuticos que por inmunización sustitutiva mejoran el proceso meronecrobótico.

Las vacunas, sueros tuberculosos, filacógenos, etc. pueden ejercer también dicha acción patógena, ya sea por inmunización específica, ya sea auxiliando la desintegración de las células necrosadas, como sucede con las acciones cáusticas comunes.

Por medio de este método, al que hemos denominado inmunizante antinecrótico, se puede lograr disminuir la duración de dichas enfermedades y sobre todo la mortalidad. Por consiguiente, debemos proclamar el fomento de la causticoterapia, pero no considerándola como derivativa, sino como inmunizante.

La inmunización antinecrótica por medio de la causticoterapia, como preventiva, es aplicable especialmente para el tratamiento patogénico de enfermedades agudas como los shocks, las pulmonías y las tifoideas; pero ha de tenerse en cuenta que entonces este método es el complemento de las medicaciones anticausales correspondientes á cada enfermedad. Pero la inmunización antinecrótica por medio de la causticoterapia, como curativa, es de mayor aplicación en las enfermedades crónicas y, sobre todo, en las idiopatías, porque entonces no habiendo indicaciones causales que satisfacer, el tratamiento principal es el que se dirige contra los daños efectuados, ya consistan en acciones morbosas primarias, ya consistan en secuelas secundarias.

UN CASO DE IMBECILIDAD

POR EL

DR. ABDON SANCHEZ HERRERO

De la Beneficencia Municipal, por oposición.

Desde el 11 de Diciembre de 1915, hasta el 24 del mismo mes de 1916, tuve ocasión de observar, en el Sanatorio del Pilar, á la enferma S. C., de veintiséis años, natural de Madrid, soltera y la cual desde hacía largos años tenía que ser objeto de cuidados especiales por parte de su familia.

Era de color moreno, de baja estatura, notándose desproporción entre el cráneo que, por su volumen, correspondía á su edad, y el desarrollo del cuerpo, que era el de una niña de doce á catorce años. Este contraste se advertía en seguida, inclinando ya el juicio del observador hacia un defecto de desarrollo frénico, de pronóstico desfavorable. Como pasa siempre en estos casos, sólo progresivamente se habían dado cuenta sus familiares de la triste realidad de su estado mental. Vieron poco á poco su deficiente atención; el carácter pueril de sus aficiones, pues de continuo deseaba estar jugando con las muñecas, como una niña de corta edad; la imposibilidad de que aprendiese á leer, escribir y contar, á pesar de que buscaron buenos y pacientes profesores; la torpeza de sus manos para las labores domésticas y su falta de gusto y habilidad en ellas. Caracteres todos ellos que no dejaban lugar á dudas, por desgracia, sobre que se trataba de un mal cerebral crónico, que dejaría reducida á S. C. á un ser extra-social, necesitado de perpetua tutela.

Las dos hermanas mayores de la interesada gozaban de buena salud. Su madre, también. ¿Estamos en disposición de saber porqué en una familia sana, nace de improviso uno de estos degenerados? Yo entiendo que no. ¿Nos enseña algo la frase de Schüle, de cerebros *inválidos*? Nada más que el hecho clínico; pero en modo alguno la causa. El mismo término de *degeneración*, propuesto por Morel, tampoco nos instruye sobre aquella. Y es preciso reconocer y declarar, por ser cierto, que en la noción de causa, se encierra la verdadera superioridad de la ciencia.

¿Podría influir algo el hecho de que por ser S. C. la más joven de sus hermanas, los padres al engendrarla estuviesen ya en un estado de nutrición decadente, impropio para la reproducción? No es posible presentar esta suposición como verdad demostrada, porque no lo está.

La vida de esta enferma se había deslizado con tranquilidad dentro de su anormalidad, cuando comenzaron á notar en su casa ciertas crisis de agitación, bastante parecidas á las de la excitación maniaca. Se irritaba con su madre sin motivo. Deseaba estar á todas horas en el balcón ó bien sentada en el mismo borde de la ventana, con grave exposición de caerse. Y á la menor advertencia que se la hacía, quería pegar á quien la dirigía la palabra. También intentó fugarse con el consiguiente disgusto y alarma para todos.

Estos fueron los motivos que obligaron á pensar en el internamiento. Porque así que aparecen la agitación y la agresividad, como saben muy bien tanto los médicos generales como los alienistas, la existencia de estos seres en sus hogares se hace imposible, aun con la mejor voluntad de los allegados. Llegan éstos muy pronto al agotamiento físico.

Si quisiera yo expresar el estado de espíritu de la paciente, durante mi observación sobre ella, nada lo revelaría mejor que la palabra *puerilismo*. Su distracción favorita consistía en formar con telas viejas y trapos, una especie de muñeco, al cual cantaba y mecía, como si se tratase de un niño de pecho. Otras veces, pasaba horas enteras sentada en la ventana, que daba al patio interior de la clínica, en la que como era de piso bajo y veía que se distraía, yo decía que la dejasen. También correteaba mucho por el pasillo y por el jardín y estos ejercicios la ponían muy contenta, pues he notado que estos seres, cuya vida interior es de pena, de dolor, de angustia secreta, experimentan necesidad de movimiento y éste les hace bien.

Se conocía la proximidad de la crisis en que su rostro se ponía sombrío, con el entrecejo arrugado y expresión airada. Se oponía á que nadie entrara en su habitación; daba un fuerte portazo cuando salía la enfermera de servirle el des-

ayuno y hasta ponía sillas detrás de la puerta para cerrarla herméticamente.

Con relación á las grandes funciones vitales, aparte de la detención del desarrollo orgánico que he señalado al ocuparme del hábito exterior, diré que la función menstrual era irregular y en cantidad escasa. En general, los momentos de excitación coincidían con ella. Esto por lo demás, suele observarse también en el resto de las afecciones mentales. Sabido es que hasta mujeres sanas y bien constituidas, presentan en estas circunstancias un especial estado psíquico, y hasta algunas ofrecen tendencias á cometer hechos delictivos.

Se me preguntará acaso en vista del cuadro que antecede, porqué he calificado á esta enferma de imbécil y no de idiota. Voy á contestar. Porque los idiotas que yo he visto presentaban siempre movimientos automáticos, durante largas horas y de inutilidad manifiesta. S. C. nunca los presentó. Porque en los idiotas está muy comprometida la función del lenguaje (Esquirol) y algunos no pueden pronunciar palabra alguna, sino un murmullo inarticulado. S. C. tenía un léxico bastante extenso; contestaba á las preguntas con sensatez, en aquello que sabía (sobre todo en los momentos de tranquilidad) y hacía otras á su madre y hermanas, sensatas, sobre cosas de la casa ó del pasado, que demostraban cierto grado de lucidez. Por último, los idiotas que se hallan en el grado más inferior de la escala degenerativa de Dalmagne ó de la serie de la vejez prematura de mi padre (Véase su *Curso de Medicina interna*, tomo I, Madrid 1899), son sucios, muchas veces se hacen sus necesidades encima. En esta enferma, nunca ocurrió tal cosa; se esmeraba en su aseo. En vista de todo esto, mi diagnóstico es: *Imbecilidad con crisis de excitación maniaca*.

Desde la clausura del Sanatorio, no he vuelto á saber de ella. Pero mis reflexiones sobre su pronóstico se reducen á lo siguiente: Sería temerario suponer capaz de curación á este ser, al menos en el estado actual de la Terapéutica, puesto que un cerebro inválido, así muere. Creo, sin embargo, por lo que la atenta observación me enseñó, que á S. C. le conviene más la vida de campo, que la de la ciudad, pues siempre á la vista de grandes extensiones cubiertas de vegetación, en las que pudiera saltar y correr, daba muestras de alegría. Luego la estancia en grandes ciudades, como Madrid, le es perjudicial.

Es del mayor interés procurarla un ambiente psíquico, lo más armónico posible. Su madre tenía la mala costumbre de regañarla algunas veces. Pues bien; esto la empeoraba siempre y conservaba el rencor, hasta cinco ó seis días después. He dicho en otra parte, que las almas de estos infelices, no son en su vida interna lo que aparentan ser, obligadas á manifestarse por un cerebro inválido; luego son tan razonables y sensibles, como las nuestras; y su estado íntimo es de un gran dolor. Conviene, pues, á su lado personas tiernas, afectuosas, caritativas, buenas, que sepan cumplir la gran obra de misericordia de «consolar al triste». He observado que ellas también saben distinguirlas, al primer golpe de vista, de las malas, por intuición, como ocurre con los niños. Persona con quien un niño simpatiza y le cuenta *sus cosas*, podéis asegurar que tiene sentimiento.

Finalmente, importa fortalecer su estado orgánico, y si fuera posible, acaso con una medicación opoterápica, favorecer la menstruación. Yo tengo la certeza de que esta enferma, bien tratada y cuidadosamente asistida, en un ambiente psíquico favorable, no sólo vería desaparecer sus crisis de excitación, sino que podría volver al seno de su familia, *sin nocividad alguna*, y acaso pudiendo llegar á cierta utilidad social.

En suma; un alivio grande.

Todo trabajo es fecundo, y poniendo interés, amor, y sobre todo *perseverancia*, estos *extra* sociales pudieran dejar de serlo. Los resultados obtenidos en las *Hilfs Schulen* alemanas, citados por el Dr. Melcior, de Barcelona, son muy animadores, y por lo que yo he podido ver, algo semejante pudiéramos obtener en España con una buena organización.

COMUNICACIONES AL I CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA

PRESENTADAS POR EL

DR. D. BERNABÉ MALO DE POVEDA

PRIMERA COMUNICACIÓN

Binopsis de las instituciones antituberculosas existentes.

1.^a La tuberculosis como enfermedad colectiva, y aun pudiéramos llamar que mundial, ha determinado un movimiento social de defensa, iniciado en el *Congreso de Londres* de 1901, con naturales precedentes y lógicas consecuencias.

2.^a Entre los primeros figura, para honor de España, el Real decreto de 6 de Octubre de 1751, haciendo «obligatoria la declaración de la tuberculosis».

3.^a Entre las segundas figuran las infinitas organizaciones oficiales y particulares, y así europeas como americanas, entre las que ocupan buen lugar las distintas instituciones antituberculosas españolas.

SEGUNDA COMUNICACIÓN

Dispensarios, sanatorios de adultos y hospitales antituberculosos.

1.^a Si el ideal de una perfecta organización antituberculosa puede exigir la creación de Dispensarios contruidos *ad hoc*, la función de estas instituciones puede realizarse bien en edificios alquilados y adaptados al efecto, como se viene haciendo en Madrid y otras poblaciones.

2.^a La función antituberculosa del Dispensario, perfecta y completamente organizado, es de una importancia médico social tan extraordinaria y de una tan enorme trascendencia, que exceden a toda ponderación, ya considerando en sí el Dispensario, ya en sus relaciones con el Sanatorio y el Hospital para tuberculosos.

3.^a Aunque en ocasiones (limitación de capital y hallazgo de edificios similares) debe decirse de los Sanatorios como de los Dispensarios, que pueden sustituir las «adaptaciones» a los edificios de nueva planta, estos se imponen las más de las veces si han de cumplir satisfactoriamente la misión médico-social que les corresponde.

4.^a Conviene las más de las veces construir *ad hoc* los Sanatorios antituberculosos, pero sin incurrir en la falta económica de levantar edificios monumentales (carísimos de construcción y entretenimiento), en vez de meramente Sanatorios en los que se destaque ante todo la sencillez, la facilidad en la limpieza, el confort, la solidez, la sobriedad de adornos y cuanto la higiene más rigurosa pueda exigir.

5.^a El Sanatorio antituberculoso representa el más

apropiado, completo y perfecto medio de curar los tuberculosos curables con derivaciones altamente beneficiosas para la familia y la sociedad.

6.^a El hospital para tuberculosos es menos exigente en su construcción y menos costoso de entretenimiento que el Dispensario y el Sanatorio según corresponde a su función casi exclusivamente caritativa y social y apenas terapéutica, puesto que a esta clase de hospitales sólo deben ir los tuberculosos considerados científicamente incurables.

TERCERA COMUNICACIÓN

Instituciones, conceptos y cifras complementarias.

Las llamadas obras complementarias de la lucha contra la tuberculosis, que atienden a socorrer enfermos y familias, desinfectar periódicamente sus ropas, enseres y domicilios y mejorar éstos proporcionando otros más higiénicos, son de tan enorme trascendencia médica y social, que bien pudieran ser clasificadas de obras esenciales y tan necesarias como los Dispensarios, Sanatorios y hospitales para tuberculosos.

CUARTA COMUNICACIÓN

Obras de Grancher.—Colonias escolares.—Sanatorio de niños.—Escuelas al aire libre.

1.^a Todas las instituciones antituberculosas son de importancia indiscutible, pero las relacionadas con la salud y regeneración de la infancia lo son en tan alto grado, que ellas por sí solas podrían justificar los trabajos y sacrificios de toda índole que quedan apuntados en la comunicación.

2.^a Crianza de niños en el campo, colonias escolares, sanatorios de niños y escuelas al aire libre, son la mejor y más segura forma de luchar contra la tuberculosis, así como de hacer en pro de la regeneración de la raza.

QUINTA COMUNICACIÓN

Síntesis de las cifras expuestas en comunicaciones anteriores.—Proyecto de inversión de 50.000 pesetas anuales en lucha antituberculosa.

Única. Si hemos de resignarnos a reconocer la «imposibilidad económica» de llegar al ideal en organización antituberculosa benéfica que exigiría un gasto en números redondos de 117.000.000 de pesetas el primer año y 54.000.000 de pesetas los años sucesivos, también podremos afirmar con todo fundamento que la inversión anual de 500.000 pesetas en lucha antituberculosa, según proponemos en este trabajo, haría labor regeneradora suficiente para que se notara en el bien del país tan necesitado de la lucha y los sacrificios que dejamos expuestos.

SEXTA COMUNICACIÓN

Matrimonio y tuberculosis.

1.^a La tuberculosis por sí sola, y su profilaxis individual y social, imponen al Estado la obligación de intervenir en el concierto de matrimonios, exigiendo el reconocimiento previo de los cónyuges.

2.^a El dictamen facultativo puede ser, según los casos, de prohibición absoluta, de prohibición temporal, de autorización condicionada (con instrucciones que

aclaren y reglamenten la condicionalidad), ó de autorización completa y restricciones.

3.^a Así las prohibiciones como las autorizaciones, pueden naturalmente referirse á los dos ó á uno solo de los cónyuges.

4.^a La prohibición absoluta, la temporal y la autorización condicionada de un matrimonio en proyecto, pueden convertirse en autorización completa á uno ó á los dos cónyuges separadamente y para formar distinto matrimonio.

BIBLIOGRAFIA

LA PSIQUIATRÍA DEL MÉDICO GENERAL, de César Juarros.

La publicación de un libro de Psiquiatría en español es un suceso lo bastante interesante dentro de nuestra literatura médica (completamente huérfana de producciones de esta naturaleza) para provocar un extenso comentario por parte de aquellos que muchas veces lamentaron la pobreza de nuestra bibliografía psiquiátrica.

No es difícil encontrar la causa del sensible retraso con que marcha la Medicina española, junto á las otras de Europa y América, en el estudio de las enfermedades mentales.

De una parte, la índole misma de este capítulo de la Patología, es ya motivo suficiente para justificar todas las dificultades de progreso: la teoría de las enfermedades mentales está, en efecto, en su período más rudimentario de formación, entre otras razones, porque desconocida la psicología normal del pensamiento, cada autor ha construido un esquema personal, con arreglo al que interpreta la etiología, la clínica y la terapéutica, de los síndromes psicopáticos. Por eso no puede decirse que conste un cuerpo de doctrina constituido; por eso reina tan espantosa confusión en la nomenclatura; por eso los tipos nosológicos son distintos, según el autor que los describe.

La reacción contra semejante estado de cosas se ha producido pronto en otros países menos dominados que el nuestro por la preocupación de separar al loco de todos los demás enfermos. Todo el mundo se ha propuesto buscar en la clínica los motivos de la agrupación y clasificación de los síndromes, de su pronóstico y de las indicaciones para su tratamiento.

Pero ello exige, en primer lugar, una cultura media psiquiátrica de los no especialistas que en España falta por completo, á causa de la deficiencia de nuestras enseñanzas universitarias. Y exige, además, centros de estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, que en este país, donde los manicomios tienen una finalidad puramente de reclusión, sería necio pretender encontrar.

Y he aquí como de una acumulación de pequeñas causas ha surgido una lamentable divergencia entre la evolución de la Psiquiatría mundial y la española, que siguen caminos progresivamente muy distanciados: en otras naciones, cada día más laboratorios de Psicología experimental, más y mejores manicomios, más intensas enseñanzas psiquiátricas, más literatura de Medicina mental; entre nosotros, por el contrario, cada día más separación de la masa médica de las clínicas de enfermedades mentales, más indiferencia, peores y más escasos escritos, más descuidados los manicomios.

Cuando en este ambiente nace un libro verdaderamente útil, clínico y ajustado á las tendencias modernas, bien merece que con alborozo se le acoja y con entusiasmo se le aplaude.

Así es el libro de Juarros. Pocos escritores médicos han sabido rodear un nombre del prestigio que él ha conquistado para el suyo. Genial en sus iniciativas, de inteligencia privilegiada, de cultura excepcional, Juarros tiene además una pluma brillante y fácil. Concretamente en este asunto su experiencia clínica es tan dilatada, que con ella sola ya el libro hubiera sido interesante.

Para juzgar del mérito de la nueva producción hay que colocarse en el terreno en que el problema de este libro se plantea. De una parte, el absoluto desconocimiento de la gran masa médica con respecto á las cuestiones allí tratadas; por otro lado, la complicación creciente de las materias; armonizar estas dos opuestas circunstancias, hacer que al cho- que de ellas surja una obra científica de mérito, es obra tan sólo hacendera á la excepcional personalidad científica de César Juarros, á la claridad con que sabe ver y hacer que los otros vean la verdad en el fondo de las más áridas cuestiones.

Y así, en las «normas generales» con que el libro se encabeza, es fácil ver su enorme virtud divulgadora conlensada en algunos consejos de valor práctico incalculable para la recolección é interpretación de los síntomas mentales. Estos son luego expuestos de modo sucinto y esquemático, agrupados por el sector de la actividad psíquica en que se presentan.

Provisto ya de los elementos nosológicos, Juarros acomete la exposición del modo cómo éstos se combinan en la clínica; habla de los síndromes psicopáticos. Primero, una breve exposición de lo fundamental y común en todos ellos; luego, ajustando su criterio al de la mayor parte de los mentalistas, una clasificación etiológica, en que el traumatismo, las intoxicaciones endógenas y exógenas, las infecciones y la degeneración encabezan los distintos capítulos, les permite exponer sistemáticamente toda la clínica mental.

Todavía las últimas páginas del libro están revestidas de muy alto interés didáctico. Las pautas generales de diagnóstico y tratamiento, y el aspecto médico legal de la observación son en ellas objeto de un estudio, cuya claridad y cuya exactitud clínica superan á toda ponderación.

César Juarros ha cumplido el fin que pretendió alcanzar, y otro que, seguramente, no se había propuesto: añadir un nuevo motivo á la admiración de los que le conocen y le estiman como clínico sagacísimo y escritor genial.

SANCHÍS BANÚS.

Periódicos médicos.

UROLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El valor diagnóstico y pronóstico en Urología de la cantidad de urea contenida en la sangre, por el doctor Goldstein.—El método de análisis empleado fué el siguiente: Recién ingresados los enfermos se recogía orina para su análisis químico y microscópico. Se practicaba una inyección intravenosa de fenoltaleína y se recogía sangre para investigar la urea. Al cabo de tres ó cinco días se repetía la prueba para determinar el curso del caso en cuestión; estos dos ensayos proporcionaban la base para operar en seguida ó continuar empleando un tratamiento preliminar.

La cantidad de urea normalmente contenida en la sangre oscila entre 0,3 y 0,6 gramos por litro de sangre; rara vez un enfermo conteniendo más de un gramo de urea por litro de sangre sobrevivió á una operación, y en cambio, el pronóstico jamás era grave cuando la proporción de urea estaba por debajo de 0,75 gramos. El pronóstico en los casos comprendidos entre estos dos puntos variaba principalmen-

te con la circunstancia de que la cantidad hallada fuese la consecuencia de un aumento ó de una disminución progresivos en la cantidad de urea.

Las ventajas principales de este método sobre el de la investigación de la urea en la orina, son las que siguen:

1.^a La gran variación que existe normalmente en ésta, lo cual conduce a interpretaciones inseguras en las que no se puede fundar una determinación cuando se trata de casos dudosos.

2.^a Los desastrosos resultados proporcionados por el análisis cuantitativo urinario normal debidos á que la cantidad de esta substancia excretada no depende sólo de la actividad funcional del riñón, sino también de la cantidad de estas substancias que llegan al riñón para ser excretadas.

3.^a La imposibilidad de obtener con seguridad la cantidad de orina emitida en veinticuatro horas.

Cuando es necesaria la cirugía renal, la investigación de la urea en la sangre no es bastante por sí sola tampoco. Solo puede usarse como agente pronóstico, pero con este fin debe ser considerada indispensable. De su trabajo entresaca el autor las siguientes conclusiones:

1.^a La cantidad de urea contenida en la sangre, es una buena prueba para el diagnóstico y pronóstico en casos urológicos.

2.^a Puede ser empleada en todos estos casos sin límites determinados.

3.^a La mencionada prueba como agente pronóstico en Urología es prácticamente infalible, si se emplea el mismo método que el autor.

4.^a Es de una técnica sencilla y puede ser empleada cuando las pruebas de eliminación no proporcionan los datos requeridos.

5.^a Cuando se desea averiguar el estado de la función renal, se empleará conjuntamente con las pruebas de eliminación.

6.^a En casos en que la cantidad de urea por litro de sangre sea mayor de un gramo, el pronóstico se considerará grave, y leve cuando dicha cantidad sea menor de 0,75.

7.^a Una uremia incipiente puede ser diagnosticada mucho antes de que aparezcan los signos clínicos y de que las pruebas de eliminación hayan podido proporcionarnos información alguna.

8.^a Su empleo disminuirá el tanto por ciento de mortalidad, que cuentan tanto el cirujano general como el urólogo en intervenciones sobre este aparato. (*Journal of American Medical Association*, 1918.)

2. **Datos sobre las indicaciones de la cirugía renal, por el Dr. Kolischer.** — Kolischer llama la atención sobre el hecho de que la excesiva movilidad del riñón es sólo uno de los síntomas de una relajación del sostén de los órganos internos, de manera que corrigiendo esta última anomalía no se ejerce acción alguna sobre la vicerptosis general. Si los síntomas que se presentan son debidos sólo á la movilidad renal, deben desaparecer colocando el riñón en su sitio y haciendo que el enfermo permanezca en cama. Sólo cuando las medidas no operatorias han fracasado se tomará en consideración la nefropexia. El hallazgo de un cálculo en el riñón constituye *per se* una indicación para su extirpación si el estado general del enfermo lo permite. La urgencia para la indicación de la operación dependerá del carácter de los síntomas objetivos y subjetivos. Ataques graves de dolor renal con hematuria y piuria reclaman la operación inmediata. En muchos casos los cálculos pueden ser extirpados á través de la pelvis renal evitando así todo traumatismo al parénquima.

La invasión del riñón por gérmenes patógenos que dan

origen á una reacción inflamatoria del parénquima exige una vigilante atención quirúrgica. La mayoría de estos casos acaban por necesitar la intervención; el tiempo en que ésta debe ser practicada lo determinarán varios factores; los casos agudos con fiebre y sepsis exigen operación inmediata.

Las infecciones colibacilares y estafilocócicas manifiestan su localización en el territorio renal por producción abundante de pus, y si la hemorragia sobreviene, es abundante. Las infecciones estreptocócicas producen una ligera cantidad de pus y hemorragias ocultas; esta infección se anuncia por aparición de edema en varias áreas superficiales que pueden ser los párpados ó los fondos de ojo en los primeros tiempos conduciendo á trastornos visuales. La orina presenta albúmina, algunas células de pus, cilindros hialinos y granulados.

El diagnóstico de la infección estreptocócica de los riñones es importante, porque si no se presta ayuda quirúrgica estos enfermos se quedan ciegos invariablemente y acaban por sucumbir. Casos que presentan edemas de localización variable, albuminuria, cilindros hialinos ó granulados y hemorragias ocultas necesitan un examen bacteriológico de los riñones con todos los recursos modernos. El diagnóstico de la nefritis estreptocócica exige nefrotomía ó nefrectomía inmediata según los casos.

Supuraciones metastásicas de la cápsula adiposa pasan con frecuencia completamente desapercibidas y sus síntomas son mal interpretados. La orina presenta cambios insignificantes ó no presenta ninguno. Estas supuraciones se acompañan de escalofríos, fiebre elevada de tipo intermitente, dolor en el área renal y muy frecuentemente poliuria. Síntomas especiales dependen de la localización de la supuración. Siempre que haya focos sépticos conocidos, cuando aparezca dolor súbito en la región renal combinado con fiebre elevada, se pensará en una supuración metastásica de la cápsula adiposa, especialmente si hay poliuria y bacteriuria (*Illinois Medical Journal*, 1918.)

3. **Un caso de hipospadias completo; transplatación libre de la vena safena interna como sustituto de la uretra, por el Dr. Adlercreutz.** — El enfermo de este caso había sido criado como niña hasta la edad de trece años, en que fué declarado varón; antes de presentarse al autor había sufrido una operación con el objeto de liberar el pene. Adlercreutz emprendió la obra de acabar de liberar el órgano y prolongar la uretra para que terminase en el glande.

Implantó un trozo de vena safena interna, tomado del mismo enfermo, para sustituir á la uretra. El extremo libre de la vena fué suturado á la terminación uretral previamente refrescada; el extremo central de aquélla fué pasado á través de una abertura hecha en el glande. Con objeto de desaguar la orina se creó una fistula vesical suprapúbica antes de empezar la transplatación.

Después de curadas las heridas se encontró que no podía pasar una bujía á través de la uretra neoformada más allá de la unión entre la uretra primitiva y la transplatación. Fué necesaria una nueva operación para extirpar esta estrechez; entonces fué posible pasar una sonda hasta la vejiga. Se usaron primero los números 14 y 15 de la escala de Charrière. Y entonces el enfermo pudo orinar. En estas condiciones se dejó cicatrizar la fistula; sin embargo, aparecieron otras nuevas y asimismo se hizo evidente la existencia de una cistitis. Esta última era debida en parte á cálculos uretrales formados por la existencia de un trocito de catéter desprendido durante las manipulaciones previas. Fué preciso extirpar los cálculos; por último, se pudo hacer pasar el número 24 de la escala de Charrière y el paciente pudo expulsar un

chorro normal de orina. El objeto de la operación se había conseguido, pero sólo después de un período muy largo y molesto para el enfermo, pues estuvo en tratamiento año y medio.

La dificultad de practicar transplantaciones en casos de hipospadias extremo, estriba en la imposibilidad de obtener un conducto lo suficientemente ancho. Si no se consigue éste y se mantiene por medio del sondaje, el paciente no se verá libre de su fístula perineal ó aparecerá una nueva. Los casos publicados lo demuestran abundantemente; por esto, ningún ensayo debe ser omitido para obtener un conducto de calibre suficiente que admita los números 23 ó 24 de la escala de Charrière.

Este enfermo ha sido observado mucho tiempo después, pudiendo ser pasados todavía los citados números y expulsando aún un chorro de orina del tamaño normal. (Nord. Med. Ark., Estocolmo 1918.)

OFTALMALOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. La degeneración nefrítica de la retina, por el doctor Francisco Poyales. Después de un estudio anatómico-patológico muy detenido, el autor llega á establecer las siguientes conclusiones:

1.^a En la degeneración nefrítica de la retina intervienen mecanismos distintos que se pueden reducir á tres grupos: tóxico, vascular y mixto.

2.^a Las alteraciones de tipo tóxico, en la nefritis crónica parenquimatosa.

3.^a Las alteraciones del tipo vascular, en la nefritis crónica intersticial.

4.^a Las alteraciones mixtas, en la enfermedad de Bright.

5.^a Lesiones pasajeras y no degenerativas de los tres tipos anteriores, se encuentran en algunas formas de nefritis agudas difusas.

6.^a Los exudados endorretinianos, por acción tóxica y mecánica, determinan la atrofia de la retina.

7.^a Los exudados extrarretinianos, degeneración, por desprendimiento ó incursión mecánica.

8.^a Los lipoides de los exudados y placas blancas, pertenecen al grupo de los fosfatidos.

9.^a Las lesiones de arterioesclerosis de los vasos, corresponden casi siempre á una enfermedad del sistema vascular.

10. Las hemorragias son de dos tipos: diapedésicas (focos) y difusas.

11. La retinitis albuminúrica no representa más que una forma de degeneración nefrítica de la retina, con signos macroscópicos.

12. Los nódulos en la capa de fibras del nervio óptico en la forma de retinitis albuminúrica, son productos de degeneración y desintegración (granulos, leucocitos, somas de células ganglionares, lipoides, grasas, etc.).

13. Las hemorragias difusas endorretinianas, pueden producir despegamiento ó desprendimiento de retina.

14. La dilatación venosa obra mecánicamente, desarticulando elementos retinianos. (*Revista Cubana de Oftalmología*, Julio á Septiembre de 1919.)

2. Dacriocistitis blenorragica, por el Dr. Francisco María Fernández.—Las complicaciones oculares de la blenorragia han sido señaladas por numerosos autores, desde tiempos remotos algunas de ellas, y en tiempos más modernos, otras. Anteriormente, nos hemos ocupado de algunas de ellas (1), señalando la relativa frecuencia que algunos auto-

res concedían á la conjuntivitis metastásica, más frecuente que la oftalmía blenorragica, de carácter endógeno la primera y ectógeno la segunda.

Los agentes patógenos que producen la dacriocistitis aguda son generalmente el estreptococo y el estafilococo; menos frecuentes el neumococo, el neumo-bacilo de Friedländer, el Coli, el Píocéano, y varias especies de gérmenes inclassificados, además de los actinocócos, etc. Wakisaka (1) ha encontrado en muchos casos el B. influenza y el neumococo. Pero la presencia del gonococo, sobre todo en un adulto, en la secreción purulenta de una dacriocistitis es, no extremadamente rara, pero sí poco frecuente, pudiendo ser tanto de origen endógeno, como deberse á infecciones externas. El caso á describir es de la última naturaleza.

La presente nota clínica se refiere solamente á una observación curiosa por tratarse de una dacriocistitis, de carácter agudo y de origen gonocócico, en un sujeto que padecía de uretritis gonocócica, no habiendo sido invadida la conjuntiva ocular.

El joven X. X., dependiente del comercio de esta ciudad, ingresó en la Casa de Salud «La Benéfica», del Centro Gallego de la Habana, el día 2 de Enero de 1919, para tratarse de una blenorragia contraída pocos días antes.

A los pocos días de su ingreso en el establecimiento, observó que tenía inflamada y dolorida la región del saco lagrimal derecho, por lo que solicitó su traslado al departamento de enfermedades de los ojos, á mi cargo.

Comprobé la existencia de una zona de tumoración rojiza, circunscrita á la región del saco lagrimal, aunque la conjuntiva de dicho ojo, al igual que la del izquierdo, se encontraba libre de toda irritación.

Con los antecedentes del caso, y debido al dolor intenso que sufría, incidí la parte inflamada, dando salida á un pus espeso, que fué remitido al Laboratorio de la Casa de Salud, donde en pocos minutos se me informó que sí había gonococos en dicho pus.

Se hizo el drenaje a lecnado, se adoptaron las medidas de precaución consiguientes tanto para evitar la infección del ojo en sí, como para combatir la afección, y á los ocho días el sujeto fué devuelto á la sala de donde procedía, para que terminase la curación de su uretritis que aún persistía.

Lo curioso de este caso es la invasión del saco lagrimal, sin estar afectada en lo más mínimo la conjuntiva palpebral. (*Revista cubana de Oftalmología*, Habana, Enero—Junio, 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. La transmisión de la infección por intermedio del ojo, por el Dr. Keuneth F. Maxcy.—El autor demuestra la íntima relación que existe entre algunas infecciones y ciertas enfermedades de los ojos, y resume su trabajo en los siguientes comentarios y conclusiones:

La frecuencia con que las infecciones respiratorias, por ejemplo, el catarro agudo, el sarampión y la influenza, comienzan con una conjuntivitis, indica que esta puerta de entrada para los organismos patógenos no es rara. En ciertos casos la conjuntivitis es simplemente una sufusión, y forma parte de la reacción general de las membranas mucosas. En otros casos la antelación y prominencia de este síntoma indica más bien una relación primaria con la enfermedad. En realidad los resultados indicados son suficientes para tomar en consideración esta puerta de entrada, y tomar medidas

de Oftalmología Hispano Americanas, pág. 820, v. XVII, Junio de 1917.

(1) *Ophth. Zeit.*, Junio de 1909. Citado en la *Encicl. Americana de Oftalmología*.

(1) "Invasiones oculares del gonococo y sus toxinas," *Archives*

útiles para evitar la diseminación del contagio. El medio más fácil de protección es el uso de un par de lentes de gran tamaño, ó de un par de anteojos de automovilista, además de la máscara de gasa, que deberán llevar aquellos que estén dentro del alcance de la proyección de gotitas por las personas infectadas. Desde este punto de vista es interesante notar que durante las grandes epidemias de peste, que de tiempo en tiempo azotaron el viejo mundo, el empleo de máscaras que cubrían toda la cara, comprendidos los ojos, fué notablemente eficaz.

La máscara de gasa es útil para impedir que la persona infectada rocíe é infecte el medio ambiente, y desde este punto de vista debe ser usada con la mayor frecuencia posible, pues no se puede enmascarar á los enfermos graves, especialmente á aquellos que tienen dificultad para respirar. Estos enfermos son prolíficos diseminadores de gotitas infectadas; por tanto los médicos y los que de ellos cuidan, aun cuando usen máscaras adecuadas, si se ponen dentro del alcance de aquellas, corren peligro de ser infectados por medio del ojo. Los médicos de Sanidad deben tener en cuenta las limitaciones que tiene la protección de la máscara de gasa usada por los no infectados. Los patólogos en la mesa de autopsia deben recordar que el material infeccioso salpicado dentro de los ojos, es ciertamente tan poderoso para producir la infección, como si hubiera sido directamente implantado en la membrana mucosa de la nasofaringe.

CONCLUSIONES

1.^a Los ojos ofrecen una superficie relativamente grande para recibir las gotitas proyectadas de la boca de otras personas.

2.^a Un microorganismo introducido en el saco conjuntival puede ser recogido de la mucosa de la nariz en cinco minutos, de la garganta en quince minutos y de las evacuaciones en veinticuatro horas.

3.^a Las vías respiratorias superiores de las personas que usan máscaras de gasa convenientemente arregladas, pueden ser infectadas por la exposición, aunque sea breve, de los ojos á las gotitas proyectadas directamente.

4.^a Esta puerta de entrada es de importancia para la transmisión de las infecciones respiratorias agudas. (*The Journal of the American Medical Association* edición española] 15 de Mayo de 1919.)

GINECOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Hernia sacropúbica; prolapso uterino, por el doctor Carlaw.** - Cree el autor que el término prolapso uterino es erróneo y prefiere el de hernia sacropúbica.

La operación es el tratamiento de elección de este accidente, pero en un número limitado de casos puede ser necesario el tratamiento por el pesario. Las operaciones que mejores resultados han dado á Carlaw son las dos siguientes: 1.^o Operación para casos en un primer grado; generalmente se presentan en mujeres en período de actividad genital. Consiste la intervención en la reparación concienzuda del suelo pelviano con amputación del cuello y acortamiento intraabdominal del ligamento redondo, según el método de Simpson-Alexander-Adams. Los ligamentos redondos son atraídos por este método hasta muy cerca del anillo interno del conducto inguinal y fijados fuertemente á la aponeurosis del músculo oblicuo mayor. 2.^o Operación por prolapsos en segundo y tercer períodos. Prefiere el autor la fijación extraperitoneal del útero por un método que es modificación de la exohisteropexia de Kocher. Este método consiste en fijar el útero después de extirpar los anejos ó de ligar y cortar la implantación de la trompa, introduciéndolo

los en el fondo del ligamento ancho, á la pared abdominal, sujeto de este modo al peritoneo, músculos y aponeurosis, ya no puede volver á descender el útero.

Si éste es muy grande, el cuerpo ó una parte de él pueden ser amputados y el muñón restante se trata de la manera descrita. En estos últimos casos la hemostasia es muy difícil y es necesario colocar un pequeño desagüe en la herida que se quita al primer cambio de apósito.

La perineorrafia y la amputación del cuello, precederán naturalmente á la intervención abdominal; si el estado general de la paciente no es satisfactorio se hará la operación en dos tiempos. (*The Lancet*, 1919.)

2 **Rotura del útero grávido y embarazo extrauterino, por el Dr. La Torre.**—La Torre repasa la etiología, patogenia, diagnóstico y tratamiento de las roturas uterinas y del embarazo extrauterino. Las estadísticas demuestran que su frecuencia ha aumentado considerablemente recientemente, que este aumento puede ser atribuido á las condiciones modernas de la vida y que el embarazo extrauterino es producto de la civilización moderna; y trabajo fatigoso obrando durante muchas horas. Las inflamaciones crónicas anexas entorpecen también el movimiento normal del huevo hacia el útero; sífilis, tuberculosis y gonorrea alteran la estructura del huevo y crean una verdadera hidropesía ovular dando á dicho huevo un volumen anómalo y desprendiéndole del folículo de Graaf. Si en estas condiciones se encuentra con el espermatozoo resulta un embarazo ovárico. Una alteración bioquímica del huevo mismo, puede ser considerada como la causa primaria del embarazo ectópico. (*Clin. Ostet.*, Roma, 1918).

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Incompatibilidad de diversos medicamentos, por el Dr. A. Sastre, de Grenoble, licenciado en Ciencias Físicas.**—La asociación del iodo con los líquidos que encierran grandes cantidades de amoníaco da lugar á la formación de yoduro de nitrógeno, que es un compuesto explosivo.

Ha leído en un formulario reciente, la siguiente fórmula de linimento, que por sí mismo puede dar lugar á este cuerpo:

Tintura de iodo	10 gramos.
Amoníaco	10 —

Igualmente la mezcla de Buirgraeve recomendada contra el lumbago me parece peligrosa:

Tintura de iodo	} añ 5 gramos.
Amoníaco	
Colodión	80 —

Conviene tener siempre presente la noción de que diversos medicamentos usados en Terapéutica obran por el iodo que contienen; tales son: el iodoformo, el iodol y el aristol.

Si se mezclan iodoformo con glicerina y nitrato de plata en las proporciones que vamos á indicar de una manera que se obtenga un lápiz antiséptico:

Iodoformo	5 gramos.
Nitrato de plata	20 centigramos.
Glicerina	C. s.

se produce una reacción muy violenta, formándose yoduro de plata y quedando en libertad ácido nítrico.

Con este motivo me acuerdo del accidente de un practicante, quien después de haber cauterizado una herida con una solución de nitrato de plata, tuvo la desventurada idea de espolvorearla con iodoformo.

La reacción señalada más arriba se produjo y el enfermo sufrió las consecuencias de una quemadura de las más dolorosas, debida al ácido nítrico así puesto en libertad.

Por lo tanto, se evitará mezclar nitrato de plata con iodoformo, iodo ó aristol.

Los polvos siguientes indicados también por diversos formularios:

Iodo. 50 centigramos.
Oxido amarillo de mercurio. . . . 20 —

pueden dar lugar á una verdadera explosión.

He creído útil poner en guardia á las prácticas contra los peligros á veces terribles de estas asociaciones medicamentosas. (*Le Médicin Français*, 15 Junio 1919.)

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Un caso de eritroleucemia.**—Giovanni di Guglielmo, *Folia Médica*, núm. 17, 1917.

Viejo malárico con síntomas claros de policitemia (7.500.000 hematíes por mm. c.), esplenomegalia acentuada, leve hipertensión arterial y eritrosis, con presencia de formas inmaduras de la serie hemoglobínica.

Este síndrome era acompañado por una reacción leucocitaria, correspondiendo al cuadro de la leucemia (con gran cantidad de mieloblastos) y por un gran aumento en la cantidad de las plaquetas.

Como se ve, en este caso, todos los elementos de la sangre presentaban graves alteraciones cualitativas y cuantitativas.

Fundándose en estos caracteres el autor hace el diagnóstico de eritroleucemia.

Trátase de una observación muy interesante, no sólo por su rareza, sino por la importancia que su conocimiento tiene en la discusión de la posibilidad de existencia de enfermedades que comprendan el conjunto de todos los órganos hematopoyéticos.

En este caso el autor presume que tal forma morbosa sea la expresión de una lesión primitiva del tejido hematopoyético, comprendido en sus diversas actividades citoblásticas.—*S. de B.*

2. **Los tipos de neumococos en la neumonía lobar.**—Russell Richardson, de Philadelphia, publica (*The Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, Mayo, 1919, vol. IV, número 8, pág. 484) un estudio de 413 casos de neumonía lobar durante el tiempo de 1913-1917.

Encabeza su artículo con un resumen histórico recordando los trabajos primeros de Neufeld que explicó la inactividad de los sueros en ciertos casos de neumonía aceptando dos tipos diferentes de neumococos desde el punto de vista inmunológico. Dochy y Gilleap después de detenido estudio dividieron los neumococos en 4 grupos ó tipos. Los tipos I y II eran idénticos á los que Neufeld había estudiado, muy distintos desde el punto de vista inmunológico. El grupo III era el microorganismo descrito con el nombre de *neumococcus mucosus*. El grupo IV mal definido estaba formado por todos los que no cabían en ninguno de los anteriores. Según Cole, el tipo III parecía el más virulento. El tipo IV era, por el contrario, el menos virulento.

Lister, que trabajó sobre la neumonía en el Sud de África, describe V tipos de neumococos. El V lo obtiene por disociación del IV.

El autor alega luego todas las estadísticas americanas publicadas de frecuencia relativa de los cuatro grupos y su mortalidad.

En la suya propia la determinación del tipo de neumococo se ha hecho en cada caso por aglutinación por el suero específico, unida á los demás caracteres morfológicos y biológicos. El diagnóstico rápido se hacía con la técnica siguiente:

te: en el peritoneo de una ó dos ratas blancas se injerta el esputo herrumbroso (1 c. c.) en suero fisiológico. De las dos á las cuatro horas se hace una extracción del líquido coleccionado en el peritoneo del animal, y se ensaya la aglutinación en gota pendiente. Resto del exudado se siembra, y con las colonias que resultan se ensaya la aglutinación con suero específico. Al mismo tiempo se hace una siembra de sangre del corazón, y se ensaya la precipitinorreacción.

Durante el invierno 1913-1914 la estadística es la siguiente:

TIPO	Número de casos.	Por 100.	Muertos.	Por 100.
I	89	83,9	12	30
II	28	24,3	7	25
III	6	5,2	3	50
IV	40	34,7	5	12

Desde 1914 á 1917 se observaron 308 casos repartidos así:

TIPO	NÚMERO DE CASOS		
	1914-1915 Por 100	1915-1916 Por 100	1916-1917 Por 100
I	27-31,8	17-20,7	34-28,3
II	12-13,9	21-25,8	26-20,1
III	7-8,1	10-12,0	11-8,5
IV	40-46,5	33-41,4	58-44,9

La mortalidad normal de los tipos I y II es imposible de saber, puesto que todos los casos fueron tratados por suero-terapia. La mortalidad de los tipos III y IV fué la siguiente:

TIPO	1914-1915 Por 100	1915-1916 Por 100	1916-1917 Por 100
III	3-43	4-40	5-45,4
IV	8-20	6-17,6	13-19,1

Cinco casos presentaron combinación de dos tipos: dos casos de tipo I y III; dos casos de tipo II y III; uno de tipo I y IV. Las particularidades sintomáticas fueron:

TIPOS	Esputos. Por 100	Dolor. Por 100	Disnea. Por 100	Escalofrío. Por 100
I	88	81	74	73
II	90	87	70	67
III	75	75	75	62
IV	81	91	67	67

Con respecto á las complicaciones, los casos se distribuyen de la siguiente manera:

TIPO	Meningitis.	Tub. pulmonar.	Resolución tardía.	Absceso pulmonar.	Empiema.	Endocarditis.
I	—	4	—	1	1	1
II	—	—	—	2	—	—
III	1	1	—	—	—	—
IV	1	2	3	—	6	1

NOTA.—Creemos que este cuadro no tiene valor comparativo; pues siendo la mortalidad máxima la del tipo III y la mínima la del IV es natural que las complicaciones sean más numerosas en éstos que en aquéllos, puesto que son más los enfermos que se salvan.

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

La Paz.—Apertura inmediata.

Pocas veces, en la larga historia de nuestra vida periodística, ha tenido nuestra pluma ocasión de ocuparse en acontecimiento más fausto, ni transmitir noticia más jubilosa, que la que hoy embarga nuestro corazón é inspira nuestros entusiasmos.

¡La Paz! ¡La Paz interrumpida durante cinco años en el mundo entero y sustituida por la matanza más cruel que registra la historia, con ser ésta índice y registro de violencias y hecatombes; la Paz que había roto las hojas de su libro de bienandanzas; la Paz que significa el progreso y el bienestar humano, el cultivo de las ciencias, las prosperidades del comercio, los adelantos de la industria; la Paz ha vuelto!

Los que hemos visto por azares de nuestra vida trocarse en un día, casi en una hora, el aspecto tranquilo, sereno y cordial de un pueblo culto y próspero, en un espectáculo de violentas pasiones, de instintos de codicia desenfrenada y de incitaciones sanguinarias incomprensibles; los que hemos atravesado un mismo país con quince días de intervalo y le hemos visto primero animado por la vida del trabajo, contando las chimeneas de sus fábricas por millares y los talleres de su industria por poblaciones populosísimas, y luego, en tan corto período los hemos visto aterrados, sombríos, sin fuego sus hornos, sin brazos sus talleres, devastadas sus fábricas; los que hemos presenciado ésto, comprendemos fácilmente lo que significan cinco años de una situación semejante esparcida sobre todos los pueblos de la Europa civilizada.

Pero no es este el principal aspecto de la Paz, que á nosotros nos interesa. Los cinco años de guerra han costado á los diferentes países más de siete millones de vidas, de hombres jóvenes, robustos, sanos y fuertes, y han dejado tras sí otros siete millones por lo menos de ciegos, locos y mutilados. Si como médicos tenemos por vocación y profesión expresa de nuestra vida el deber de defender la de nuestros semejantes, de evitarles el dolor, alejarles de la muerte, perfeccionar sus sentidos y mejorar el funcionamiento de sus órganos físicos, y todo esto tra-

tamos de conseguirlo con una labor de abnegación, de perseverancia y de trabajo, en los hospitales, en los focos de infección, en los laboratorios, en las bibliotecas; si para nosotros es una victoria el comprobar que hemos conseguido que se rebaje en la proporción de un 1 por 1.000 la mortalidad en una población ó la estadística de tal de un padecimiento, ¿qué otro grupo de hombres podrá alegrarse más que los médicos del restablecimiento de la paz? Ellos, que en sólo un día de batalla ven desaparecer el fruto de sus victorias de decenas de años; ellos, que ven volver de los campamentos ciegos por el fogonazo de un explosivo, locos por las violentas sacudidas del terror, cojos, mancos y mutilados á los jóvenes que ellos procuraban ejercitar físicamente para el perfeccionamiento de sus órganos y sus sentidos. ¡Bendita mil veces la paz, tráigala quien la traiga y conciértese como se concierte! ¡Bendita la paz, fúndese sobre las condiciones que se funde, que siempre han de ser ellas más suaves y beneficiosas que las crueldades y devastaciones de la guerra!

Mientras esta última ha durado, hemos predicado constantemente á los médicos españoles el deber que en trance tal les estaba señalado, á juicio nuestro. Pensamos que nadie podrá negar que lo han cumplido. Hoy podemos con tranquila confianza presentar el resultado de nuestro trabajo modesto, pero perseverante, ante los pueblos á quienes circunstancias históricas ó vesanas gubernamentales lanzaron á una lucha que hoy termina.

Pasará el tiempo, que es el más definitivo cicatrizante de las heridas, y vendrá el olvido, que es el más seguro lenitivo de los agravios. La ciencia recordará que no es patrimonio especial de pueblo alguno y los reunirá á todos y concertará en la aspiración común del progreso y del bienestar humano, todas las voluntades ahora dispersas y desorientadas por la influencia de los odios y de los egoísmos. Todo pasará y volverán los que vivan á asistir á aquellos Congresos, Exposiciones y Asambleas internacionales en las cuales todos nos conocíamos, todos nos estimábamos, todos procurábamos hablar y hablábamos el mismo idioma, y solamente á título de curiosidad recordábamos el país de procedencia de cada uno; porque todos formábamos la fa-

milia internacional de la ciencia. Volverán esos tiempos, los bendecirán los que los disfrutaron y los alcanzen; nosotros nos limitamos a no maldecir a aquellos que los han interrumpido.

Como con más detalles verán nuestros lectores en otro lugar de este número, el Colegio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos, está ya abierto y comienza a recibir sus alumnos desde el día 15 del corriente. Lo que venía consignado como necesidad en el Reglamento de Médicos titulares de 1904 y se formuló como aspiración filantrópica por el Sr. Pando y Valle en 1912 y se organizó por el Decreto refrendado por el Sr. Burrell en 1917, es ya un hecho y comienza en condiciones tan demostradamente prácticas y de segura prosperidad, que si los médicos siguen prestándole, *sobre todo con perseverancia*, el apoyo que en conciencia y conveniencia le deben, los huérfanos recibidos podrán llegar, de 100 que son hoy, a 500, que se distribuyan por regiones, por grados de enseñanza o como las circunstancias, la equidad y la práctica lo aconsejen. Por hoy no decimos más que una palabra de agradecimiento al Patronato que, a pesar de las dificultades con que ha tropezado, no ha perdonado tarea, sacrificio, ni desvelo, para llegar al fin que hoy consigue, animado siempre por la esperanza de que los obstáculos que se le oponían, más los inspiraba el error por el deseo de una perfección difícil, que la inverosímil malquerencia imposible de suponer en corazón alguno de médicos españoles.

DECIO CARLAN

COLEGIO DEL PRÍNCIPE DE ASTURIAS PARA HUÉRFANOS DE MÉDICOS

La última Junta celebrada por el Patronato de esta benéfica institución el viernes 27 de Junio fué en extremo interesante. Entre otros acuerdos se tomaron los siguientes:

1. Que en vista de que los recursos recaudados parecen suficientes al sostenimiento durante algún tiempo del Colegio, se proceda a su inmediata apertura.
2. Que el día 1.º de Julio se haga entrega del local, muebles, ropas y utensilios a la Comunidad de las Siervas de San José para que preparen la recepción de los alumnos.
3. Que se clasifiquen éstos rigurosamente por edades hasta llenar el número de 100 (50 niños y 50 niñas) según las instancias presentadas, con lo que se completarán los que pueden ser recibidos dada la capacidad del local y las condiciones de la primera educación. Esta clasificación se hará ateniéndose estrictamente a la primera condición de huérfanos de padre y madre, a la distribución de ambos sexos y a la edad de menor a mayor, contando hasta por días para el orden de preferencia.
4. Que los alumnos que no ingresaran actualmente por tener mayor edad de diez años (niños y niñas), ingresarán cuando se haya podido preparar otro segundo local y organizar la segunda enseñanza, siendo para este caso preferidos los de las provincias que hayan resultado menos favore-

cidas en primer ingreso, por no tener huérfanos de menos de diez años.

5. Comunicar a las familias y a los presidentes de los Colegios respectivos las fechas en que han de encontrarse en Madrid los huérfanos, escalonados en grupos de a diez, para dar lugar a su aseo, vestido e instalación.

6. El primer grupo de diez niños y niñas ingresará el 15 de Julio; el segundo del mismo número el 30 del mismo mes y así sucesivamente.

7. No habrá inauguración oficial, y las clases, con el completo de los alumnos, comenzarán el 1.º de Octubre, dándose de este modo lugar a que antes se habitúen los niños a la vida del Colegio.

8. Se acordó que la alimentación de los alumnos consista: en desayuno de chocolate o café con leche y un panecillo de 100 gramos.

Comida: sopa de pastas o arroz; cocido de garbanzos, verduras, carne, tocino, chorizo o relleno; principio de carne, frito, pescado o huevo; postre de fruta, queso o dulce.

Merienda: chocolate con pan, queso o fruta.

Cena: plato de legumbres, plato de carne o pescado; postre. Los domingos un plato extraordinario.

Vestuario.—Niños: dos pares de zapatos (de paseo y de casa), una docena de calcetines, seis calzoncillos, seis camisetitas, seis camisas, seis camisones, dos uniformes, uno de paseo, otro de casa (estos trajes se llaman uniformes por ser todos iguales, pero no por tener insignias ni distintivos que pueden parecer de asilo), tres delantales de dril, un sombrero y una gorra.

Niñas: dos pares de zapatos, doce de calcetines, seis pantalones, seis enaguas, seis camisas, seis elásticas, seis camisones, dos uniformes, tres delantales de dril y un sombrero.

Menaje: cada niño tiene una cama de hierro esmaltado en blanco con colchón de muelle, otro de lana, almohada de lana, seis sábanas, dos mantas, seis fundas de almohadas, dos colchas, una mesa de noche con dos tableros de mármol en madera esmaltada en blanco.

El menaje de escuela se fijará por los profesores. El de comedor consiste en mesas de mármol blanco, armarios, aparadores y armarios para loza también de mármol, vajilla, cubiertos, etc.

9. Se acordó destinar para enfermería aislada una parte del pabellón central.

Se dió cuenta del estado de fondos acordándose la publicación de los presupuestos y su distribución.

10. Dirigir una circular a los Colegios provinciales comunicándoles los anteriores agradables acuerdos y rogándoles estimulen el celo de todos los señores médicos, *de todos los cuales es obra y debe continuar siéndolo este Colegio.* Como consecuencia de este acuerdo se tomó también el de proponer al Gobierno una modificación de los Estatutos según la cual puedan considerarse como adscritos al Patronato los presidentes de todos los Colegios médicos de España, para la inspección que gusten hacer en el establecimiento y para tomar parte en las Juntas en que les sea posible, para lo cual se procurará celebrar una Junta cada mes en fecha fija.

Relación de los huérfanos que han de ingresar el día 15 de Julio de 1919.

Huérfanos de padre y madre.

Virgilio Yusta García, de Condado de Cantilnovo (Segovia), de cinco años de edad (nació el 27 de Mayo de 1914).

Donato Yusta García, de íd. íd., de siete años (nació el 25 de Enero de 1912).

José Vicente Nimo Pampín, de Huetos (Guadalajara), de diez años (nació el 21 de Junio de 1909).

Huérfanos de padre.

Roger María Hermida Revillas, de Tama (Santander), de cinco años (nació el 12 de Julio de 1914).

Cirino Antonio Domínguez Lucas, de Palazuela de Vedia (Valladolid), de cinco años (nació el 12 de Junio de 1914).

Huérfanos de padre y madre

María Jesús, Asunción y María del Sagrario Martín Millanes de la Cuesta, de Logroño (Cáceres), de cuatro, seis y nueve años de edad.

María de los Dolores Sánchez Taberner, de Sevilla, de diez años (nació el 30 de Diciembre de 1908).

Huérfanos de padre.

Lucía Hidalgo Chapado, de Riello (León), de cuatro años (nació el 5 de Diciembre de 1914).

Huérfanos que han de ingresar el 31 de Julio de 1919

Huérfanos de padre.

Juan Bautista Cano González, de Badajoz, de seis años de edad (nació el 31 de Mayo de 1913).

Fabián Alberto Cerdeño Ruiz, de Salinas de Araña (Alava), de seis años (nació el 20 de Enero de 1913).

Mariano de Pedro García, de Barajas (Madrid), de seis años (nació el 14 de Noviembre de 1912).

Julio Grifol Gelabert, de Monforte (Alicante), de seis años (nació el 7 de Septiembre de 1912).

José del Carmelo Sande Leis, de Robledillo de la Jara (Madrid), de seis años (nació el 27 de Agosto de 1912).

Huérfanos de padre.

Adelaida Tamas Arauna, de Cortes de Peleas (Badajoz), de cinco años (nació el 28 de Mayo de 1914).

María Fernández y Hernández, de las Veguillas (Salamanca), de cinco años (nació el 24 de Febrero de 1914).

Genoveva Rodríguez García, de Villarejo del Valle (Avila), de cinco años (nació el 3 de Enero de 1914).

María Felgueras Gatell, de Málaga, de seis años (nació el 28 de Octubre de 1912).

María del Carmen Patiño de Castro y Devesa, de Cabezardos (Ciudad Real), de seis años (nació el 24 de Septiembre de 1912).

DOS INSTANCIAS

Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación.

El infrascrito, doctor en Medicina, mayor de edad, vecino de Madrid, domiciliado en la calle de Villanueva, número 12, con cédula personal (que exhibe y recoge) núm. 6.712, clase 3.ª, expedida en esta corte el 28 de Mayo de 1918; como director del Instituto Quirúrgico de Terapéutica Operatoria, comúnmente llamado Instituto Rubio, y representante legal único de dicha fundación de Beneficencia particular, en uso de su derecho y cumplimiento de su deber, á V. E. EXPONE:

1.º Que el Excmo. Sr. Dr. D. Federico Rubio y Galí fundó dicho Instituto, redactó sus Estatutos fundacionales, los presentó al Gobierno civil de esta provincia y recogió el ejemplar manuscrito autorizado con el sello y firma de dicho Centro oficial el 9 de Abril de 1896, mucho antes de terminarse las obras de ese Hospital de Cirugía y de existir ninguno de los órganos interiores del Instituto que dichos Es-

tatutos fundacionales señalaron y crearon, con las atribuciones que en ellos se indican y ninguna más.

2.º Que esos Estatutos fundacionales de 1896, representan la voluntad del Fundador en la mencionada Fundación; voluntad que ampara la legislación vigente respecto al Protectorado del Gobierno en la Beneficencia particular; voluntad perpetuamente inalterable en el espíritu y la letra de esos Estatutos, puesto que en ellos no hay ningún artículo que autorice á nadie en su Fundación para reformarlos ó abolirlos ó anularlos en parte ó del todo, ni, por consiguiente, señale procedimiento para un asunto tan grave; quedando así aceptados, sin discusión y como obligatorios, por la Junta general de Protectores, según consta en el Libro de Actas donde se copiaron en la de la sesión. (*Anejo 1.º*)

3.º Que, además de esos Estatutos fundacionales auténticos y únicos de validez legal, existen varias veces publicadas dos *Cartas del Dr. Rubio y Galí á las Curadoras del Instituto* por él fundado en 1896: la 1.ª explicando los deberes de su cargo; y la 2.ª dando la *interpretación auténtica del régimen económico de su Fundación*, desarrollado en los artículos 18 á 30 comprendidos bajo el epígrafe común DE LOS BIENES Y FONDOS; dichas Cartas expresan también la voluntad del Fundador, cuyo cumplimiento (principalmente en lo económico) es la misión del Protectorado del Gobierno. (*Anejo 2.º*)

4.º Agotada la 1.ª edición de los Estatutos fundacionales y fallecido el Fundador en 1902 (31 de Agosto), el director por él nombrado para sucederle, en *cláusula testamentaria*, hizo una 2.ª edición con dos variaciones (necesaria y de mera forma la primera) que propuso á la Junta general de Protectores (en los artículos 9 y 27), constando en un artículo adicional que dicha nueva edición de los *Estatutos fundacionales, Cartas anejas y Reglamentos* se presentó en el Gobierno civil de la provincia en 3 de Octubre de 1903. (*Anejo 3.º*)

5.º Que no obstante el carácter de *fundacionales de los Estatutos* dados por el Dr. D. Federico Rubio y Galí al Instituto de su nombre, recibidos sin discusión como perpetuos por la Junta general de Protectores, invariables por determinación del Fundador, aceptación de la Fundación y preceptos reiterados de la legislación especial vigente sobre Protectorado del Gobierno (el Instituto fué declarado de Beneficencia particular por Real orden de 11 de Abril de 1908), hicieron, sin atribuciones para ello, unos nuevos Estatutos y un titulado Reglamento general, contrarios á los legales y auténticos del Fundador; llevan la fecha de 20 de Marzo de 1910 y fueron presentados en el Gobierno civil de esta provincia en 9 de Abril de ese mismo año. (*Anejo 4.º*)

6.º Que las gravísimas é ilegales alteraciones de los *Estatutos fundacionales* de 1896, cometidas en estos nuevos Estatutos no fundacionales, refiérense todas ellas *única y exclusivamente* al capítulo DE LOS BIENES Y FONDOS; estando alterados los artículos 19, 21, 25 y 30 (que pasa á ser 28, por supresión de los artículos 28 y 29). Quedó también suprimido el «Artículo adicional»; pero, en cambio, al fin de los nuevos Estatutos ilegales (los de 1910), pág. 45, aparece este otro «Artículo adicional» estupendo: «El presente Reglamento general *anula todos los anteriores y cuantas disposiciones existan desde la fundación del Instituto*, debiendo sujetarse á él todo el personal desde esta fecha». Igualmente quedó suprimida en los falsos é ilegales Estatutos de 1910 toda la 2.ª *Carta á las Curadoras* (que se había reproducido en la 2.ª edición de Octubre de 1903, á las páginas 17 á 22 de ella),

SIL-AL

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

interpretación auténtica y obligatoria de la voluntad del Fundador referente al régimen económico de la Fundación en los Estatutos fundacionales legítimos, hechos en 1896 por D. Federico Rubio y Galí.

7.º Que desde el año 1906 hasta la toma de posesión del infrascrito, en Diciembre de 1915, de su cargo de director del Instituto, como si no bastara lo antedicho, se han cometido las más ilegales é injustas transgresiones hasta de los mismos artículos de los Estatutos fundacionales que no habían sido alterados por los nuevos é ilegítimos Estatutos del año 1910; y también se refieren al régimen económico dado por el Fundador á su Fundación, como son los artículos 18, 22, 23 y 25, (*Anejo 5.º y último.*)

8.º Que, además de ser ilegales los acuerdos de índole económica contrarios á los *Estatutos y Cartas fundacionales*, han perjudicado económicamente al Instituto, á los derechos del Fundador como dotador de un segundo grupo de cinco camas, á los de otros tres dotadores más (el Sr. Martínez Angel y los difuntos Sres. Franco y Uña), al Montepío de la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, fundada y empezada á dotar por el Dr. Rubio y Galí, al saneamiento anual de los edificios y al buen régimen del Instituto Rubio, donde apareció el déficit en 1907.

9.º Que esas cargas, no levantadas aún por el Instituto, no debieron existir desde que hubo donativos *mortis causa*, en plena propiedad y libre usufructo, que no eran para *fondos dotales de camas* (únicos que, por ser de patronato familiar, dispuso el Fundador estuviesen colocados en inscripciones nominativas é intransferibles), sino para *fondos corrientes* ó ordinarios, *no dotales* (de libre y absoluta disposición á favor del Instituto, sin capitalización en forma dotal).

10. Siendo los cupones de los fondos dotales, más las donaciones (lo mismo *mortis causa* que *inter vivos*, pues el Fundador no quiso distinguir entre ellas), más las suscripciones, los fondos ordinarios ó corrientes, y no dotales, propios del Instituto y no de los donantes, los ilegales acuerdos tomados contra los Estatutos fundacionales, únicos legítimos, esos fondos no deben estar constituidos por inscripciones nominativas é intransferibles, sino por títulos de la Deuda perpetua interior al 4 por 100, negociables en su caso para los gastos de sostenimiento y entretenimiento del Instituto y levantamiento de sus cargas; sin constituir esa especie de *mano muerta* en valores públicos, ó *capital permanente*, á que se opuso de un modo expreso el Fundador. (Véase *Anejo 5.º*, nota de la página 266.)

11. Ese *capital permanente* indebidamente constituido en el Instituto Rubio, donde sólo es permanente el de las dotaciones de camas, no fué declarado al Patronato del Gobierno, como puede verse en la magnífica «Memoria de la Dirección general de Administración (año 1909)», páginas 276 y 277, número de orden 835. (Véase *Anejo 5.º*, página 143 y siguientes.)

12. Por fortuna, esos donativos *mortis causa*, hechos al Instituto Rubio desde 1907, pueden convertirse legalmente de inscripciones nominativas é intransmisibles en simples títulos de la Deuda perpetua interior, negociables en todo momento. Que esa conversión de tales inscripciones intransferibles en títulos al portador puede y aun debe hacerse, lo demuestran: la Instrucción de 14 de Marzo de 1899, artículos 7 (4.º), 17 (2.º y 5.º), 96 (3.º) y los con ellos relacionados; el Real decreto de 16 de Marzo de 1908 (*Gaceta* del 17), artículo 5.º; el Real decreto del 25 de Octubre de 1908 (*Gaceta*

del 31), art. 5.º núm. 6.º, y acaso algunas otras disposiciones oficiales posteriores.

13. Que todos los legados hechos al Instituto y no para dotación de camas, sino como donaciones *mortis causa* al mismo, sin excepción alguna, son de libre disposición de éste; inclusive dos que, con ligereza, pudieran quizá creerse condicionados, pues no lo están ni aun potestativamente. El Derecho administrativo no es ni puede ser contradictorio con el Derecho civil, aunque cada uno de ellos tenga distinta jurisdicción para realizarse. En asuntos de legados condicionados y á término, la doctrina jurídica se halla en el Código civil, artículos 790 á 805; los cuales explican, así como la jurisprudencia del Tribunal Supremo, cuándo las condiciones condicionan, en efecto, y cuándo no condicionan de ningún modo.

14. El legado de doña María Zozaya, viuda de Benjumea puso una condición: la de que se emplearan en el Instituto Hijas ó Hermanas de la Caridad. Como la condición era legalmente imposible de ser asentida, no se admitió el legado. Entonces, el heredero de dicha donante, el cual era el Sr. Obispo de la Habana, hizo que en la testamentaria se hiciera constar cómo el Instituto podía recibir ese legado, con sólo manifestar que si algún día se modificara la organización del Instituto y fuera posible cumplir la obligación de la testadora, lo haría con sumo gusto; y que «los testamentarios podían hacer ejecutivo el legado SIN ESA CONDICIÓN». Por consiguiente, como dejó de estar condicionado, se admitió el legado Zozaya.

15. Los legados de D. Luis del Valle y Martínez (tres de ellos hechos ya efectivos) á favor del Instituto Rubio y otras Instituciones, tenían en el testamento una 7.ª cláusula, diciendo que «si llegaran á ser dirigidas, regentadas ó administradas por Sociedad, Compañía ó Comunidad de carácter religioso, pasarán á ser propiedad libre de los herederos que nombraré.» Y como en el Instituto Rubio no pueden jamás, por *Estatutos fundacionales irrevocables*, tener intervención de cualquier género de los antedichos esa ni ninguna otra clase de Corporaciones extrañas á él (según demuestra igualmente lo ocurrido en el caso del legado Zozaya), de ahí que no exista para el Instituto Rubio *ninguna condición*, ni aun potestativa, puesto que sus Estatutos fundacionales no consienten otra cosa sino *lo mismo que dice la séptima cláusula del testamento del Sr. Valle*; y así ha venido funcionando desde el año 1896 hasta la fecha y funcionará perpetuamente lo mismo. Luego esos legados Valle *no contienen condición alguna para el Instituto*, y para él equivale á *no puesta*; con independencia de lo que se refiera á las otras Instituciones legatarias.

En atención á los hechos y consideraciones alegados, con inclusión en esta instancia de los cinco anejos impresos adjuntos, y con declaración de que se darán por el firmante las ampliaciones ó explicaciones que se le pidieren por escrito, para mejor proveer en la justa resolución ministerial, á V. E. SUPLICA:

A) Que se declaren únicos legítimos los *Estatutos* dados por el Fundador á la Fundación del Instituto; y nulos todos los posteriores, hechos por quienes no pueden alterar la voluntad del Dr. D. Federico Rubio y Galí.

B) Que se declaren ilegales también las determinaciones de carácter económico indebidamente tomadas contra los Estatutos de 1896, que están bajo la salvaguardia del Protectorado del Gobierno.

C) Que, en su consecuencia, se haga la conversión de las

CARBOLAN

Pelrid's C.º, New-York.

Pomada al 6 % de carbol puro, antiséptica, antiflogística, antipruriginosa; para heridas, forúnculos, hemorroides, prurito vulvar, quemaduras de 1.º y 2.º grado, etc.

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

inscripciones nominativas é intransferibles (no las dotales, que son de los dotadores y sus derechohabientes, sino sólo las *no dotales*, propias del Instituto Rubio y que son fondos ordinarios ó corrientes del mismo) en títulos al portador; autorizándose á la vez, por ese medio, el levantamiento de las cargas que tiene.

Lo cual espera conseguir en justicia de V. E., cuya vida guarde Dios muchos años.

Madrid, 21 de Junio de 1918.— *Dr. Luis González Bravo.*

Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación.

El que suscribe &... á V. E., con la debida consideración expone:

Que, según Real orden fecha 7 de Noviembre pasado dirigida al Ilmo. Sr. Vicepresidente de la Junta provincial de Beneficencia de Madrid y por él comunicada al director del Instituto Rubio en 29 de Diciembre último, se dispuso la conversión de las láminas ó las inscripciones intransferibles *no dotales* que se indican luego, en títulos al portador de la Deuda perpetua interior al 4 por 100.

Que dichas láminas é inscripciones están en depósito en el Banco de España, siendo los seis resguardos correspondientes, cuyos números, fechas y cuantía respectiva se especifican así:

- 1.º Núm. 49.061, fecha 7 de Diciembre de 1907, pesetas nominales 61.000;
- 2.º Núm. 664.451, fecha 11 de Noviembre de 1909, pesetas nominales 80.000;
- 3.º Núm. 54.610, fecha 1.º de Septiembre de 1910, pesetas nominales 36.300;
- 4.º Núm. 715.238, fecha 28 de Abril de 1912, pesetas nominales 22.800;
- 5.º Núm. 60.324, fecha 23 de Julio de 1913, pesetas nominales 175.000;
- Y 6.º Núm. 69.031, fecha 30 de Enero de 1917, pesetas nominales 30.000.

Los cuales seis resguardos enumerados representan la suma de 405.100 (*cuatrocientos cinco mil cien*) pesetas nominales, en láminas.

Y que es necesario, en cumplimiento de esa Real orden, entregar al que suscribe las referidas láminas, cuyos resguardos van especificados, para que se pueda efectuar su conversión ó canje por igual cantidad de pesetas nominales en títulos al portador de la Deuda interior al 4 por 100, como director que es y único representante legal del Instituto Quirúrgico de Terapéutica Operatoria, comúnmente conocido con el nombre de Instituto Rubio, y para los fines mencionados que la Real orden dispone.

Por virtud de lo cual, á V. E. suplica:

Se digne ordenar al Banco de España entregue al solicitante las mencionadas láminas ó inscripciones nominativas é intransferibles, para la antedicha conversión en títulos al portador propios del Instituto, según dispone la Real orden cuyo cumplimiento se hace necesario. Madrid, 12 de Febrero de 1919.—El director, *Dr. L. G. B.*

Para el señor ministro de Gracia y Justicia

«Las autopsias médico-legales...»

Hace muy poco tiempo he visto publicado en un periódico

profesional un artículo muy sabroso, por los comentarios tan acertados que se hacían acerca del mismo tema con que encabezo estas líneas.

Confieso ingenuamente que es un abuso intolerable y constituye una vergüenza para la digna clase de médicos rurales, que por una mal entendida cobardía, sigamos prestándonos á tomar parte en esa especie de farsa-macabra, que la mayoría de las veces constituye la autopsia médico-legal dada la forma y con los escasos medios con que hoy se ejecuta en la inmensa mayoría de los municipios rurales de España, y me explicaré, para que no parezca tan fuerte el comentario.

No debíamos prestarnos ningún titular á que se nos obligue á autopsiar ningún cadáver, mándelo quien lo mande, sin que antes se nos proporcione todo lo más necesario, como son: un lugar adecuado, una mesa con base fija de sustentación, zócalo, algunos instrumentos, y á más de vehículo para trasladarse al sitio designado cuando éste se halle muy distante, según dispone la ley de Enjuiciamiento criminal, cuando dice: «Que al perito se le deben facilitar los medios más necesarios para poder cumplir fielmente y con escrupulosidad y celo las diligencias judiciales que se le encomienden». Esto lo saben los jueces—mejor que nosotros—y pocos lo cumplen.

Sin tales requisitos entiendo que no puede haber Tribunal, ni juez, que nos condene por desobediencia, si nos negamos á practicar cualquier autopsia médico-legal, pues nuestros informes—salvo raros casos—siempre serán incompletos y de escaso valor práctico médico-legal.

Además, todos sabemos que existe, por mandato imperativo de la Ley, un médico forense—con sueldo—y un sustituto—sin él—residiendo ambos en las cabezas de partido judicial. En todas ellas debe haber, cuando menos, una caja de autopsias, con el instrumental más necesario para todo ello, y además, otras cosas menos importantes, salen todo ello de esos fondos carcelarios que tanto se estiran para unos y tanto se toca para otros y á cuyo presupuesto contribuyen con su correspondiente cuota todos los pueblos del distrito judicial.

Este médico forense viene obligado por ministerio de la Ley á intervenir en cuantos asuntos médico-forenses se relacionen con la Administración de Justicia, tanto en la cabeza del partido, como en los pueblos del distrito. Si esto es así, ¿por qué se obliga á ningún titular á que abandone su casa, su clientela, tenga ó no tenga enfermos graves, y se traslade á pie y andando—si no tiene vehículo—aguantando el sol ó la lluvia, para ir á practicar cualquiera diligencia judicial en que se necesite el concurso de dos facultativos?

¿Qué Ley, ni disposición existe, que á los jueces autorice á disponer á su antojo de todos los titulares, para obligarles en esta forma? ¿Por qué se les conmina, cuando se les cita, en forma tan anómala, con procesarles por denegación de auxilio ó desobediencia, cuando se les coacciona á que verifiquen un acto á que por ministerio de la Ley no vienen obligados; ni se les dan los medios para que puedan ejecutarlo bien? ¿Es que entienden los jueces—en su afán de querer saber de todo—que una autopsia médico-legal es una operación de diagnóstico tan sencilla? Vana pretensión y exceso de autoridad es lo que demuestran al obrar así. En cambio, si se cumpliera la Ley por esos jueces, variaría el reverso de la medalla de medio á medio. Veamos. Si el forense se trasla-

LA DIABETES
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI
que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día,
fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas
las farmacias
y droguerías
Literatura mues-
tras, LABORATO-
RIO PESQUI Prim
25. San Sebastián

da al pueblo en que sea necesaria su presencia, como manda la Ley, lleva buena caja de autopsias, siempre va acompañado del juez ó un representante, y en el pueblo si pide la luna, la luna se le da y ya procuran tener las cosas necesarias y todo bien dispuesto. En cambio, al titular todo se le niega y no puede protestar, ni en realidad lo hará, pues tiene la evidencia de que nada conseguiría y procura no indisponerse con nadie por hacer mejor ó peor un servicio que al fin de cuentas no le da honra ni provecho alguno; y no será él quien trate de indisponerse con el cacique de aquel pueblo, denunciándole porque no tiene un buen depósito de cadáveres, ni mesa de autopsias, ni nada, y procura salir del paso como puede, con lo cual creo haber demostrado que por una cobardía, ni sale bien parada nuestra reputación científica, ni la Justicia puede esclarecer nada que pueda aparecer algo enmarañada. Esto es un cuadro más de esta farándula nacional.

En cambio, variarían las cosas en sentido favorable si fuera el forense el que interviniera, como dispone la Ley, en todas las diligencias; con lo cual los jueces cumplirían mejor con su misión y á los pobres titulares se les respetaría y no se les trataría como á manada borreguil.

Por eso, los médicos titulares de toda España, como un solo hombre, deben negarse á que las cosas continúen en esta forma. Nuestra negativa á esto no debe interpretarse nunca, á que sistemáticamente nos negamos á prestar auxilios á la recta Administración de Justicia; sobradas pruebas de lo contrario tenemos dadas, y nuestros constantes sacrificios y desvelos en bien de la Humanidad doliente patentizan bien á las claras todo lo contrario.

Lo que no debemos seguir aguantando es, que habiendo un funcionario que viene obligado por ministerio de la Ley y que dispone de material y medios *ad hoc*, se nos humille y se nos obligue por los jueces de instrucción á que salgamos fuera de nuestros términos municipales, á la práctica de cualquier clase de diligencias judiciales, y menos las autopsias, sin antes proporcionarnos los medios más precisos. Esto constituye una cobardía que pesa sobre la clase médica-titular de España. Por eso, debemos esperar á que sabedor de ello el digno magistrado que hoy ocupa la Cartera de Gracia y Justicia, excite el celo de todos los jueces de instrucción, para que no abusen de los titulares, y si es preciso, se nombre uno ó más médicos forenses donde hagan falta, ó se procure dotarles de más sueldo y proporcionarles sueldo ó más derechos á los médicos forenses sustitutos, y de esta manera, con dos funcionarios en cada cabeza de partido judicial estarían bien atendidos estos servicios; no se abusaría de los pobres médicos titulares y en esa forma se cumpliría la Ley y todo ello redundaría en bien de la Ciencia y de la Humanidad.

DR. M. SÁNCHEZ MANZANO.

Ciudad Rodrigo, 28 de Junio de 1919.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,6; id. mínima, 702,0; temperatura máxima, 31°,8; id. mínima, 9°,8; vientos dominantes, NE. NNE. E.

Continúa la disminución proporcional en el número de los padecimientos agudos del aparato respiratorio. Los catarros gastro intestinales con formas dolorosas de cólicos diarreicos

son frecuentes aunque benignos. Las erupciones cutáneas son numerosas. En los niños continúan presentándose anginas benignas.

La mortalidad sigue siendo moderada.

Cronicas.

ESPAÑA

El Sanatorio de Valdelatas.—Por iniciativa de Su Majestad la Reina se han organizado para tres domingos consecutivos (habiendo sido el pasado el primero) expediciones gratuitas desde Cuatro Caminos al Real Sanatorio de Valdelatas, con objeto de que puedan visitarlo y de este modo comprobar todas las clases de la sociedad el buen empleo que se da á los fondos que la caridad del pueblo de Madrid proporciona á los tuberculosos el día de la Fiesta de la Flor, con los cuales se sostiene también el Sanatorio de Húmera (racientemente visitado por S. M.), además de costear á un considerable número de niños viaje, equipo y estancia en diferentes Sanatorios marítimos.

Un médico filántropo. El Dr. Alvarez Esquerdo ha dado en el salón de sesiones del Ayuntamiento de Villajoyosa, su ciudad natal, una conferencia sobre «Orientaciones pedagógicas que debía tener Villajoyosa».

Al acto «sistieron todas las personalidades de la población. El conferenciante fué muy aplaudido, sobre todo, al final de la conferencia, cuando ofreció 100.000 pesetas para la construcción de un grupo escolar. El Dr. Alvarez donó hace dos años una importante cantidad para la creación y sostenimiento de otro grupo escolar y anualmente da para el Hospital 5.000 pesetas. En ésta se instalaron también por iniciativa suya salas de operaciones con el instrumental moderno necesario, valorado en muchos miles de duros.

Al terminar la conferencia el Dr. Esquerdo fué aclamado por el vecindario.

El pueblo de Villajoyosa organiza un gran homenaje á su bienhechor.

El nuevo manicomio de Bilbao.—La Comisión de la Diputación de Bilbao que entiende en el asunto del nuevo manicomio, ha acordado anular el concurso de adquisición de terrenos, y abrir otro nuevo con arreglo á las conclusiones siguientes: superficie mínima de 300.000 metros cuadrados, próxima á Bilbao y cercana á estación férrea; que en la misma finca haya cantidad suficiente de agua y que los terrenos se encuentren dentro de un solo perímetro sin atravesar ríos, caminos ó vías férreas.

En el Colegio de Médicos.—En el Colegio de Médicos dió el sábado una interesante conferencia de vulgarización médica sobre «Las grandes causas de la degeneración de la raza (el peligro venéreo, medios de defensa)», el Dr. D. Santiago Salazar.

Auxiliándose con el aparato de proyecciones, expuso el disertante los caracteres distintivos de muchas lesiones locales que no tienen la importancia de muchas otras que por su generalización á todo el organismo son de más grave pronóstico.

Esta conferencia fué la primera de una serie que el distinguido especialista va á dedicar á la Sociedad Cultural Deportiva, con objeto de dar la mayor publicidad posible á una clase de conocimientos médicos que el profano debe conocer, con objeto de evitar las causas que más contribuyen á la degeneración de la raza.

En las próximas conferencias, que se celebrarán en los sábados sucesivos, seguirá el Dr. Salazar desarrollando el tema que con tan laudable propósito ha iniciado.

El conferenciante fué muy aplaudido.

FRANCIA

La viruela disminuye... pero hágase usted revacunar.—Traducimos del *Journal* de 25 de Junio: Tal es el prudente consejo que da el Dr. Wurtz, en una nota comunicada el 24 á la Academia de Medicina.

Ha habido en estos últimos tiempos en París, dice, una epidemia de viruela que no ha dejado de ser bastante inquietante, y tanto más sensible, dado que desde el principio

PEÑACASTILLO

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

de la guerra hasta Marzo de 1918 la aglomeración parisién ha gozado de una inmunidad casi absoluta.

La importación de casos extranjeros y la aversión del público á revacunarse, han sido las causas de este mal.

La no observancia de las instrucciones y reglamentos sanitarios en las fronteras y en los puertos, ha consentido que multitud de variolosos hayan penetrado en Francia.

Por otra parte, el público francés, principalmente las mujeres y los viejos, prestando de una inmunidad ilusoria, muestran una obstinación enfadosa á no dejarse revacunar, propagando de este modo la viruela.

Hay actualmente en Francia, declara M. Wurtz, varios millones de habitantes propensos á contraer esta temible enfermedad. Como remedio, es necesario vacunarse ó revacunarse sin demora.

Contra la sífilis.—La Academia de Medicina de París, en sesión del 18 de Marzo y á propuesta de Meillere, acordó inscribir en el *Boletín* la fórmula profiláctica de la pomada de calomelanos, constituida por: calomelanos 33 gramos, lanolina 67, vaselina 10, pidiendo que la venta de esa pomada fuera libre en las farmacias sin requerirse receta para ello, á fin de propagar su empleo como medio de evitar la sífilis.

Estadística municipal de la ciudad de París.—Se han registrado durante la 23 semana 708 fallecimientos (promedio 750).

La viruela ha causado 2 defunciones. Casos nuevos registrados, 5.

No ha habido ningún fallecimiento por meningitis cerebro espinal, ni se tiene conocimiento de ningún nuevo caso.

Nuevo académico.—La Academia de Medicina de París ha elegido el martes 24 de Junio al Dr. Balthazard, profesor de Medicina legal de la Universidad de París, como miembro de la sabia Corporación.

Nombramiento.—El Dr. León Bernard, médico de los hospitales y profesor de la Facultad de Medicina de París, ha sido nombrado consejero técnico sanitario del Ministerio del Interior.

INGLATERRA

Un atlas para los ciegos.—Una de las últimas producciones del Instituto Nacional para los ciegos es un atlas geográfico é industrial de las Islas Británicas. Este libro es el resultado de muchos años de experimentos y mejoramiento de los ya existentes, porque el estudio de un atlas con los dedos se ha demostrado que era sumamente difícil. El esfuerzo se debe principalmente al Sr. M. Taylor F. R. S. de Cambridge (el cual está también privado de vista) y representa un adelanto enorme. Es muy completo y llega hasta los menores detalles del atlas ordinario. Ciudades, ríos, líneas de costas, montañas y ferrocarriles son marcados de manera distinta, cada uno de éstos señalado con número que corresponde á la clave que está en la página opuesta de cada mapa.

SUECIA

Por una noticia de fecha 29 de Abril de 1919, la Real Administración de Comercio sueca, ha dado conocimiento de la organización en Gable de un lazareto para impedir el ingreso de atacados de peste y cólera.

Esta estación funcionará durante un espacio de tres años, á contar del 15 de Mayo de 1919.

AMÉRICA DEL NORTE

Una pequeña gratificación estimula la notificación de enfermedades contagiosas.—La ciudad de Islip, L. I. ha observado el aumento en las notificaciones de enfermedades contagiosas pagando al médico que las hace 25 centavos, (1.25 pesetas) por cada caso. Islip, ciudad de 20.000 habitantes, pagó el año 1918, 640 dólares (8.200 pesetas) á doce médicos, o sea un promedio de unas 265 pesetas á cada uno. Este mismo pago ha servido además para llamar la atención pública.

Ley sobre el matrimonio, que entra en vigor.—La nueva ley del Estado de Alabama obligando á todos los hombres á sufrir un reconocimiento médico quince días antes de pedir la licencia de casamiento entró en vigor el día 21 de Abril.

La ley contra el alcohol.—Noticias recibidas de Nueva York dan cuenta de que desde 1.º de Julio ha comenzado á regir la ley prohibiendo la venta de bebidas alcohólicas. Con tal motivo, hasta el 30 de Junio han estado abiertos durante toda la noche los bares y restaurants, donde se subastaron las existencias que quedaban de bebidas.

Se ha supuesto que se aplazará la vigencia de esta ley hasta terminada la desmovilización.

La Liga Nacional de oposición anuncia que acudirá á los Tribunales para que sea derogada la ley, ya que las Cámaras sólo la autorizaron como medida necesaria durante la guerra, y aconsejan al comercio que siga expendiendo cerveza y vinos de poca graduación.

GENERAL

La industria del caucho y sus peligros.—La industria del caucho se considera en Alemania y Francia como peligrosa por haberse registrado mucho casos de envenenamiento por el bisulfuro de carbono que se emplea para la vulcanización.

Sólo en una fábrica de Leipzig se han registrado 50 casos de locura por el bisulfuro de carbono.

En una publicación reciente se han descrito ocho casos de trastornos cerebrales entre 30 hombres que empleaban el bisulfuro.

En Inglaterra este mismo veneno y la nafta, empleados en hacer tela engomada, han causado muchas indisposiciones y graves trastornos nerviosos, especialmente entre las muchachas, y aunque ya se ha prescindido mucho del uso del bisulfuro, los humos de la nafta causan muchos perjuicios.

En los Estados Unidos se ha publicado un informe acerca de esta industria, y es sorprendente el número de sustancias venenosas que se usan en ella. La lista comprende compuestos de plomo, tales como el litargirio, el sulfato básico de plomo y el plomo rojo; aceite de anilina, sulfuro de antimonio, productos de petróleo, bisulfuro de carbono y tetracloruro de carbono.

Los dentistas en la guerra.—Para que se calcule cuán importante ha sido el papel del dentista en la guerra que acaba de terminar, reproducimos de una revista americana los siguientes datos, que son exponentes fieles de lo que decimos:

«De los 26.437 hombres de que se componía la séptima división de artillería, 13.001 necesitaron el cuidado inmediato del dentista, y de los 13.436 restantes se hicieron 7.436 extracciones y 1.577 fueron operados de emergencia. Total 2.044 operaciones de todas clases en un contingente de cerca de 26.000 hombres.»

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



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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

IMPRESA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa Maria de la Cabeza, núm. 1. — Madrid, Tel. 553

¿NECESITA V. UN CICATRIZANTE PODEROSO?

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