

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

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

**SUMARIO:** Sección científica: La vacuna antituberculosa del Dr. Ferrán, por el Dr. Angel Pulido.—De aparato digestivo, por R. Luis y Yagüe.—Shock traumático, por José Segovia y Caballero.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Acta de la sesión celebrada el día 6 de Septiembre por la Comisión médica para informar en los proyectos de reformas sanitarias.—Los nuevos pobres en España, por E. Gómez Carrillo.—Montepío facultativo.—Colegio de Huérfanos.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## La vacuna antituberculosa del Dr. Ferrán

POR EL  
DR. ANGEL PULIDO

Alcira.

En la provincia de Valencia, á 37 kilómetros de su capital por línea de ferrocarril, en uno de los puntos periféricos de esa dilatada llanura de algunas leguas cuadradas donde Dios, en día que despilfarrando su pródiga bendición y divina gracia otorgadas al litoral mediterráneo de España, desparramó á voleo en la más hermosa vega que pudo soñar la poesía árabe, lindas ciudades, villas, villetas, alquerías y caseríos; allí, en el curso serpeante del bello y fertilizador río Júcar, el cual, en cierto sitio se bifurca, para formar sus dos ramas un óvalo amoroso y con él abrazarla, se halla sultanamente asentada la morisca ciudad de Alcira, la mayor de todas las que forman el reino de Valencia, poblada, según registra el último censo oficial del año 1910, con 21.799 habitantes de derecho, 22.657 de hecho y más de 28.000 de hecho real, á creer lo que aseguran sus vecinos. Porque esta población, como todas las de España, escamotea á la Hacienda los miles de pesetas que puede, rebajando cuanto le viene en gana la declaración de su encabezamiento; recurso ya antiguo conocido de los Ayuntamientos españoles y tolerado de la Administración y de la Estadística, para

que dulcifique algo á los pueblos la presión del torniquete implacable del fisco. Falsedad ésta cuyo resultado, como es bien notorio, no se circunscribe á reducir los ingresos del Erario Nacional, sino que trasciende hasta á empequeñecer nuestra mundial estimación y á perturbar, dentro, todos los ramos de la Administración pública en la complicada estadística nacional: es decir, en cuanto importa á la estimación individual y comparativa de la raza hispana, frente á las de otras naciones, y á su economía nacional bajo todos los aspectos de la biología, sanidad, industria, comercio, milicia, contribuciones, etc., etc.

Cuando en cualquiera de los puntos de esta pobladísima vega se alza un observador algunos metros sobre la planicie y tiende su vista en circular contemplación, el ánimo más insensible y frío siente que estremece su cuerpo el escalofrío de lo sublime, porque allí, aun los más habituados y ahitos de los grandiosos y seductores panoramas de Europa toda, al ver, elevan la mirada y el pensamiento al Cielo y dan gracias a Quien ha tenido el divino poder de alfombrar y vestir opulentamente aquel jirón bendito de la tierra, enriqueciéndolo con los cultivos más caros, las flores más lindas y los frutales mejor almibarados, encelados con uno de los cielos de más intenso azul y luminosa transparencia, en las márgenes de ese Júcar idílico que se desangra regando miles y miles de anegadas de tierras rojizas y grasas, plantadas de hortalizas, arro-



zales, viñedos, pinos, huertos de naranjos, higueras, olivos, avellanos, algarrobos, almendros y todos los productos de una agricultura espléndida, parcelada con heredades que limitan bardas, setos y cercas de nogales, cácteos y espinos. Y allí, mirándose en el espejo del río, larga serie de pueblos como Algemesí, Alcira, Alberique, Alcudia, Albalat, Cullera, Tous, Carlet, Riola y otros semejantes, donde habita y prospera una raza de hombres que, por sus orígenes poliéticos y su no muy remoto cruzamiento con árabes y judíos, han criado la sangre más fogosa, la imaginación más viva y la fe más fácil a la superstición, que se caracteriza por ser segura en conservarse, pronta para manifestarse y resuelta para imponerse. Por esto se explica muy bien cómo aquel servicio colosal que Ferrán les prestó en 1885, hace treinta y cuatro años (¡yahallovido desde entonces!)—cuando aterrados todos por las epidemias asoladoras les envió la Providencia un oscuro médico de partido, portador de cierto invento flamante y raro; una vacuna que nadie conocía y de la cual vieron ellos, con los ojos de su cara, y confirmaron con la conservación de sus cuerpos, que aquellos sus pinchazos les preservaban de la mortífera peste;—al fin paró en ser origen de un culto y de una leyenda que se conserva desde entonces de padres a hijos, se recuerda, narra y comenta en el seno de las familias como suceso milagroso, y cristaliza la esencia de su enseñanza en frases lapidarias, que yo he oído en el musical idioma lemosino, y pedí al amigo ilustrado y querido Dr. Chabás me las escribiese. Tuvo éste la amabilidad de hacerlo, pero con mi distracción habitual hube la desdicha de perderlas, por lo cual no las puedo registrar aquí, pero aseguro que las escuché también a las comisiones de los vecinos que solicitaban, con ardorosa elocuencia semítica, que fuera Ferrán a vacunar sus pueblos; un servicio que por imperativas exigencias de la formación de una estadística bien hecha fué necesario demorar hasta que le llegase su turno y su día.

#### El fanatismo ferranista.

Este fanatismo ferranista es uno de los puntos más dignos de estudio y de meditación larga y profunda en el ensayo de vacunación antituberculosa, y de tanta importancia, como nadie, que yo sepa, ha calculado todavía. En primer término—ya lo hemos dicho en el anterior artículo—sin él la vacunación hubiera sido imposible. Tres factores esenciales han sido necesarios para que ésta se realice: Pueblos fanatizados, autosugestionados fuertemente, impelidos, en fin, por una creencia invencible.—Un Dr. Ferrán vacunador, hombre de muchos arrestos, temerario, sereno, y arrebatado asimismo en cuanto sujeto actuante, por otra fe vivísima, aún más intensa que la anterior, sobre el acierto absoluto que logran las meditaciones hondas, los principios descubiertos, los atisbos adquiridos en el transcurso de largos años, fruto de muchas noches de insomnio padecidas, en los centenares de ensayos y experimentos practicados en cobayas, en la precisión de miles y miles de análisis hechos en el campo inmenso

del microscopio, por ese homónimo suyo, vaccinógeno, encerrado en la celda de un laboratorio biológico de la Sagrera (próximo a Barcelona), que se llama Dr. Jaime Ferrán.—Y un alto director general de la Sanidad española llamado Dr. Salazar, hombre muy reflexivo, a quien costó muchas cavilaciones y seguramente también algunas noches de ese insomnio que tanta alarma y quebranto le produce, decidir su conducta en este caso raro. Sustituyase este inspector con cualquiera otro de los beocios que no cesan de darle disgustos para ver si le matan y le suceden, y la experimentación ni siquiera se hubiera pensado.

Pero ocurre aquí, decimos, un fenómeno extraordinario, y hasta ahora por nadie previsto: ese fanatismo por la ciencia de Ferrán que ha lanzado a los pueblos ribereños del Júcar a recibir en sus cuerpos sanos una vacuna polivalente, solicitando ser sujeto fundamental del experimento, ha pasado ya a ser causa perturbadora en la realización ordenada de este grave trámite y se convierte en un factor importantísimo de posibles errores y graves desaciertos para conocer la exacta verificación del poder terapéutico y profiláctico de la vacuna.

Es fácil demostrar lo que decimos.

Poco más de veinticuatro horas hace cuando escribo estas líneas, que subiendo con mi amigo el Dr. Salazar, en un milord, el paseo ascendente de la Dehesa de la Villa, discurriamos él y yo sobre detalles de la vacunación, que yo le refería, y pintándole una vez más el tumultuoso entusiasmo con que acudía el pueblo de Alcira a vacunarse, especialmente los centenares y centenares de madres que iban con sus niños en los brazos y cuyo desorden, por el afán de hacerlo cuanto antes, ni la Guardia civil podía evitar, me dijo con menosprecio: «Pero eso no tiene ningún valor científico, no prueba nada», porque pensó que yo involucraba un factor de naturaleza meramente social en un problema estricto de clínica y de laboratorio.

Sentí como un amistoso fustacito, vivamente dado por quien tanto sabe y tanto valor atribuye a las enseñanzas del microscopio sobre cualquier otro testimonio, y entablamos con tal motivo una discusión que fué sobrado larga y calurosa, en la cual concluí yo diciendo: «Pues en 1885 ese fanatismo social resultó a la postre más científico, por cuanto fué más acertado, que todas aquellas razonadas negaciones y sutiles análisis bacterianos que oponían entonces muy queridos y célebres amigos, representantes preclaros de la juventud dorada, gloria entonces de los hospitales, los Ateneos y las Academias, algunos todavía vivos, puesto que aquel fanatismo acertó, y estos discursos se equivocaron por completo. Y cuanto es verdad es ciencia.»

La discusión, sin embargo, me ofuscó un poco, porque de estar yo más sereno y con mejor recuerdo, podría haberle referido, para ser más decisivo en mi razonar, un episodio interesantísimo de grande enseñanza, que ocurrió cuando en un salón del Ayuntamiento de Alcira, el 1.º de Agosto por la mañana, Ferrán me llamó y me hizo salir del cuarto donde estaba escribiendo a máquina una carta larga para dicho Dr. Salazar, con objeto de que oyera a una Comisión de la ciu-



dad de Algemesí y la convenciera por qué no debíamos ir en seguida á vacunar en esta ciudad á todos sus vecinos cuando ellos lo deseaban, Ferrán se prestaba á hacerlo y yo solo me oponía á que se hiciera.

Habíamoslo convenido Ferrán y yo, hacía pocos días, obedeciendo á vivos requerimientos míos para concretar la experimentación á Alcira, con objeto de restar motivos á una crítica que se iniciaba ya en el mismo Ministerio de la Gobernación y amenazaba desatarse pronto dura y apasionada, como lo hizo en 1885, contra la vacuna del cólera, y para poder fijar mejor el estudio en un solo campo de observación. Por complacerme, vista mi enérgica convicción y caluroso requerimiento, Ferrán, al fin, dió de mano á una serie larga de compromisos que había contraído con Alcoy, Alberique, Algemesí y otros pueblos, y convino en aguardar á que concluyera el ensayo de Alcira.

Ya días antes había tenido yo que pronunciar animado y largo discurso para convencer á otra Comisión de médicos de la Cruz Roja de Valencia, que venía con propósito de llevarse mucha vacuna para vacunar crecido golpe de gente en la capital, y tuve la satisfacción de lograr, tras una hora de conversación, que se retirase convencida, satisfecha y con la esperanza de ser de las primeras favorecidas en cuanto se cumpliera el acuerdo convenido para mantenerse severos y sólo en la ciudad de Alcira, mientras nos pareciese necesario.

Dejé la tarea que me ocupaba, pasé al saloncito donde estaba la Comisión y me hallé en presencia de seis ú ocho señores quienes, si no recuerdo mal, eran el alcalde, el secretario, médicos y algunas personas principales de Algemesí, villa próxima á Alcira, que cuenta en la estadística de 1910 un censo de hecho de 10.877 habitantes (seguramente más de 13.000). Me senté y escuché un discurso razonado, muy bien dicho y con calor expuesto por quien parecía era la persona más autorizada de la Comisión. Sus razones pueden condensarse en las siguientes, de cuya exactitud respondo:

«Venimos á solicitar del Dr. Ferrán cumpla la palabra de vacunar cuanto antes la ciudad toda de Algemesí, quien lo desea, porque el Dr. Ferrán es para nosotros todos, desde 1885, el sabio que nos inspira una fe religiosa, sin igual y sin desmayos. En 1885 nos libró del cólera. Poblaciones vacunadas por él salvaron del contagio. Y cuando en éstas le hubo, fué de los vecinos no vacunados. Y si algún vacunado enfermó, su ataque fué leve y no murió ninguno. Desde entonces, nosotros, nuestras esposas, nuestros hijos todos, creemos tan ciegamente, tan fuertemente lo que nos dice como médico y nos prescribe en una enfermedad, que si tenemos una pulmonía grave y él nos da cucharadas de agua, diciéndonos: «Tómenla, les curará», nosotros nos curamos. Y esto que así y con toda firmeza de expresión le digo á usted, y á lo cual asienten las distinguidas personas que me acompañan, esto mismo le dirán los vecinos de los pueblos todos de la ribera. Y añadiré más para que les sirva de norma: El que ustedes se nieguen á vacunar en Algemesí, no impedirá que los vecinos de este pueblo se vacunen satisfaciendo á gusto su impaciencia, porque vienen aquí, se presentan

en los centros de vacunación que ustedes tienen y se vacunan diciendo que son de Alcira. Así se han vacunado ya más de 500 en estos días».

Además de otras razones de menor valor, éstas todas fueron dichas y aseguro que mi memoria las recuerda muy bien.

Mi contestación fué muy fácil, pero se la expuse latamente, con gran copia de ejemplos y de símiles que impresionaron á los señores de la Comisión. Teniendo Ferrán á mi derecha y señalándole con el dedo les dije:

«Eso que usted acaba de decir y que veo por la afirmación que muestran sus compañeros, expresa la opinión de todos, es muy honroso para Ferrán, lo escucho con mucho gusto y nos obliga más á mantener nuestro acuerdo y á pedirles que esperen se acabe el ensayo de Alcira y estudiemos sus resultados inmediatos. Antes de hacerlo no se debe pensar acometer otros, porque una confianza tan ciega como la de ustedes exige más aún, al mismo experimentador, pertrecharse de las mayores garantías posibles á fin de que la equivocación ó el accidente inesperado sea imposible. En España, esta posible seguridad la estamos buscando y recogiendo aquí, en Alcira. La situación de ustedes y de Ferrán es la misma que se plantearía entre dos personas amigas y muy honradas, de las cuales una fuese ignorante por completo en cuestiones de negocios, contabilidad de cantidades y conocimiento de monedas, mientras que la directora y ejecutora, la otra persona negociante, fuese muy emprendedora, la encargada de andar con entregas de grandes cantidades, proponer los negocios, estudiarlos y hacerlo todo, en fin, y estas dos personas acordasen realizar una operación importante, en la que se habían de comprometer, dar y recibir grandes cantidades. En estas condiciones, ¿qué le aconsejarían hacer su honradez y suma escrupulosidad al amigo proponente y director único? Pues todos pensaremos que se le ocurriría suplir la ignorancia, la ceguedad, la fe absoluta, sin reservas, consultas, ni exámenes de su consocio, con una mayor austeridad de estudio; más detenimiento y cuidadosa comprobación de sus proposiciones y su contabilidad para no equivocarse, para no perjudicar con un juicio ligero, con una cantidad mal contada, con una operación torpe, la fortuna y la fe ciega del amigo. Y esto es tan claro que Ferrán, por lo mismo que los ribereños todos fían ciegamente en él, y él les quiere mucho, reconoce conmigo la necesidad de esperar á que Alcira hable, porque la simultaneidad de ensayos compromete los intereses y en este ensayo el interés está constituido por la vida.»

Y después de discurrir algo en este orden de consideraciones se fué la Comisión, resignada á esperar que le llegue su turno, el cual está ya convenido será en los primeros días de Octubre, no habiendo sido en este mes por la necesidad que tienen los ribereños de acudir á la recolección del arroz.

Y diré que lo que nos refirió de las vacunaciones incorrectas que hacían en masa los vecinos de Algemesí fué un aviso que nos sirvió para convenir con Ferrán



en que el alcalde pregonase que las vacunaciones de Alcira,—las cuales alcanzaban ya la cifra de cerca de 14.000 personas, más de la mitad del censo de Alcira,—se darían por terminadas dos días más tarde; aunque veíamos que de prorrogarlas aecenderían pronto á más de 18 000 los vacunados.

Ahora bien; existente, y reconocida fielmente por los muchos miles de vecinos ribereños su fe religiosa en Ferrán, en la poderosa y no falible virtud curativa de sus vacunas y remedios, ¿no ve hasta el más lerdo en Medicina, que hay aquí un agente misterioso y poderosísimo que puede influir en los resultados de muchas vacunaciones? En la Medicina moderna donde, más aún que en la de los tiempos antiguos, gran parte de la neuropatología funda su agente principal terapéutico en la sugestión, y cuando hay una literatura extensa de autoridades renombradas en Norte América, Suiza, Alemania, Inglaterra y Francia, que estudia social y médicamente las psicopatías y señala como el único y el más poderoso de sus remedios esa misma sugestión. ¿No se le ocurre al juicio médico menos advertido, la necesidad de examinar también este agente moral, en los resultados de las vacunaciones ferranianas, las cuales de América nos cuentan, y aquí ya estamos oyendo referir, las muchas sorpresas que con motivo de curaciones y alivios inesperados tienen los médicos y los vacunados?

Claro es, por lo demás, que esta sugestión solo interesa conocerla en Valencia, como agente extraordinario, porque allí solo existe.

#### El mitín prevacinal del 23 de Julio.

Y pasemos ya á hablar de la vacunación en Alcira.

A las cuatro y siete minutos de la tarde del 23 salimos de Valencia en el tren que va de Valencia á Játiva, Ferrán y un estado mayor de amigos que le formábamos los doctores siguientes: el Dr. Pastor, rector de la Universidad de Valencia, quien llevaba también la representación del rector de Barcelona; Martínez Vargas, decano de la Facultad de Medicina de esta capital catalana; Peset, director del Laboratorio Provincial de Valencia; Chabás, presidente del Colegio Médico de la provincia de Valencia y director propietario de la *Revista de Fisiología*; Salvat, catedrático de Higiene de Barcelona, Rincón, Mariana, Badenes, Such, y no recuerdo cuantos más. Hora y siete minutos después llegábamos á Alcira, cuya aproximación nos advirtió ya el estrépito de una banda de música que nos recibió con alegre marcha y el rumor de muchedumbre agitada, que muy pronto apareció á nuestra vista llenando por completo en masa compacta la estación toda. Manos que se agitan y quieren estrechar las nuestras, abrazos, saludos á gritos, y las altas representaciones del Ayuntamiento vienen del Alcalde, de las Autoridades eclesiásticas, civiles, militares y judiciales y de la Orden de Escolapios, que nos saludan.

Descendemos y hacemos sendas presentaciones. Fué la Comisión recibida como los diputados, los ministros, los genios, los héroes de algo que interesa á los pueblos: nadie diría que una ciudad de España podía reci-

bir así á unos cuantos médicos modestos que iban solo á inyectar en los cuerpos, sanos y enfermos de aquella población, un remedio que les iba á ocasionar dolores, fiebres y molestias. Nunca, ni en los pueblos más avanzados, una novedad médica se había recibido así. Todos los grandes descubrimientos y vacunas se han concebido y dado á luz como los partos naturales, con recogimientos pudorosos, entre angustias, sobresaltos y resistencias, cuando no entre protestas y colisiones de orden público. Ferrán no gustaba de esto, yo había encargado que eso de la música lo reservaran para los candidatos políticos y los toreros, pero el pueblo no renunció á su programa. Aquello no era para el vacunador de lo futuro, era para el salvador de lo pasado, era para el bienhechor del cólera de 1885, y hubo que recibirlo con plácemes y agradecimiento.

Huyendo materialmente de tan ruidoso bullicio salimos á escape en automóviles y coches, envueltos en las sofocantes nubes de polvo que siempre levantan las descuidadas carreteras de estas bellas provincias levantinas, y nos dirigimos, seguidos del pueblo, al Ayuntamiento. Repleto el salón de sesiones, dependencias, escaleras, todo, de una muchedumbre que allí no cabía, aun siendo espaciosa la Casa Consistorial, se acordó ir al Teatro Giner y celebrar allí el mitin. Un cuarto de hora después en él estábamos todos. La sala, palcos, galerías, pasillos, pronto se llenaron; pero había poca luz, sólo la que arrojaba una alta ventana abierta en el fondo del escenario; porque la eléctrica no funcionaba hasta las ocho (eran las seis). Tampoco había mesa presidencial, ni sillones... porque estaba recogido en el almacén distante; pero se prescindió de estos detalles decorativos; se puso en el centro del escenario una mesa ordinaria de pino que por allí había, se colocaron sillas sencillas alrededor, llenóse el escenario también de gente y comenzó el mitin presidido por las autoridades Ferrán y la Comisión.

Leí yo primero las adhesiones de los Dres. Cortezo, Gimeno (padre é hijo), Espina Capo, Carulla, Candela Pla, viuda del Dr. Tolosa Latour y otros. Hablaron después los siguientes señores, pronunciando discursos instructivos y elocuentes, haciendo grande encomio de la transcendencia del ensayo que se iba á practicar, los méritos contraídos por Ferrán durante su vida y la copiosa labor realizada con la invención de tantas doctrinas y vacunas, la abnegación extraordinaria de la ciudad de Alcira, sin igual en la historia de la medicina, y los estragos que en los más caros intereses de la humanidad produce la tuberculosis:

Balbín, cultísimo juez de primera instancia, quien llevó la voz del alcalde; D. Enrique Badenes, joven estudiante de Medicina, que habló en nombre de la juventud escolar; D. José Chabás, ya mencionado como presidente del Colegio de Médicos de la provincia y director de la *Revista de Fisiología*; D. Bernabé Malo de Poveda, jefe del negociado de tuberculosis del Ministerio de la Gobernación y director de la *Revista La Medicina Social*; D. Bernardo Marco, subdelegado de Medicina del distrito y uno de los supervivientes de la campaña anticolérica de 1885; D. Juan Peset, á quien



**RADIUM-TERAPIA INTERNA**

**FIMOL  
BUSTO**

JARABE RADÍFERO

**VIAS RESPIRATORIAS  
TRATAMIENTO MODERNO**

**SORPRENDENTE EN LA TUBERCULOSIS**



Muestras y literatura, Laboratorio del Dr. Busto, Españaletto, 10 Madrid

Mencionen este periódico al solicitar muestras



# JARABE ORIVE

A base de Tiocol, Heroína,  
Arrhenal, Corteza de na-  
ranjas amargas y Savia  
de Pino marítimo.

Es recetar á ciegas específi-  
cos, tanto extranjeros como  
españoles, sin conocer su com-  
posición: el

## Jarabe ORIVE

netamente español, no es un  
medicamento secreto.

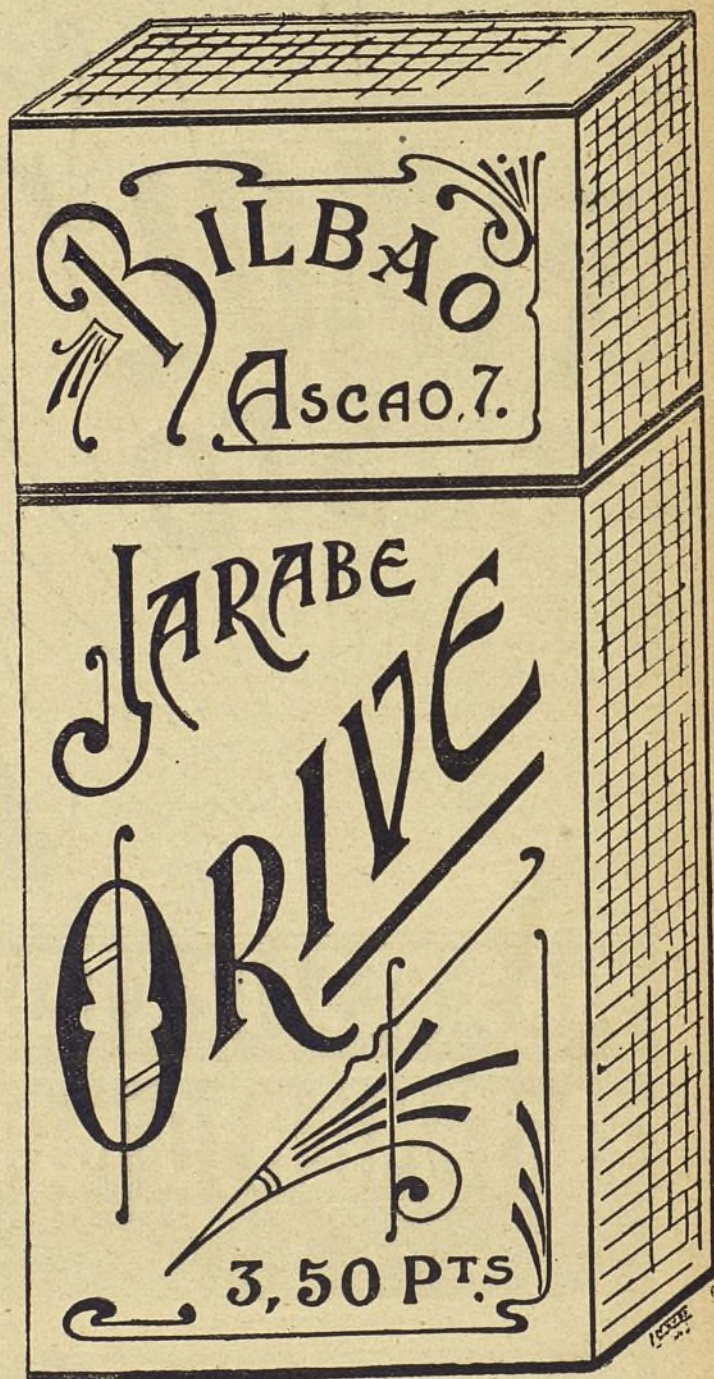
Dados los componentes que  
integran el

## Jarabe ORIVE

inútil creemos indicar á la  
ilustrada y competente Clase  
Médica los casos en que debe  
ser prescrito.

Toleradísimo por los estóma-  
gos más débiles

Muestras gratis á la Clase Médica, suplicando indiquen estación destino.





el Instituto Médico Valenciano había encomendado su representación, y D. Rafael Pastor, rector prestigioso de la Universidad de Valencia. Y aunque era su propósito firme, por varias razones, no llevar su actuación en este acto más allá del papel modestísimo que al comienzo de la sesión desempeñó el autor de estos artículos, leyendo las adhesiones, hubo de verse comprometido, por general y lógico requerimiento, á usar también de la palabra para hacer el resumen de los discursos pronunciados en aquel mitin, velada ó lo que fuere. Y puesto ya de pie, y colocado por el suceso mismo en vena de perorar, diciendo cosas que no podían decir los demás, dió gusto á su improvisación exponiendo lo que cuadraba mejor á su condición, compromisos y cargos que ejerce: explicar la conducta seguida por el Gobierno en lo tocante á dar autorización para hacer el ensayo de vacunación; y adelantar lo que Ferrán, los pueblos vacunados y la ciencia podían prometerse de la acción oficial en materia de esta índole y gravedad, dados los antecedentes que abonaban la brillante ejecutoria del inventor de la vacuna anticolérica.

Peroración fué esta que con general sorpresa duró más de media hora, y fué escuchada con mucha atención y premiada con algunas ovaciones, aunque tuve buen cuidado de comenzar advirtiéndole que yo era allí Juan Particular, y que por tanto no llevaba misión oficial alguna, y hasta olvidaba, en cuanto la prudencia y mi conciencia estricta me lo ordenaban, que era quien tenía el honor de presidir en Madrid las sesiones del Real Consejo de Sanidad, por lo cual conocía las ideas y propósitos del Gobierno (1). Huelga decir que todos los que me precedieron oyeron asimismo, de aquél pueblo entusiasta y creyente invariable de Ferrán, idénticos calurosos aplausos, justamente tributados á su autoridad, su saber, su talento y á las bellas oraciones que pronunciaron con elocuencia suma, singularmente por los Sres. Balbín, Badenes, Martínez, Vargas y Pastor, que fueron los que más desarrollaron su discurso.

No había transcurrido una semana después de aquél memorable día 23, cuando muy alta persona que tenía el deber de hacerlo, me advirtió que mi presencia en Alcira y mi discurso eran severamente comentados en Madrid, que amigos queridos discutían si entrañaban responsabilidad; y que nos preparásemos á los ataques y á la campaña de oposición que muchos emprenderían contra mí y la vacunación de Ferrán. Es decir, que se volvería á reproducir el espectáculo desdichadísimo de 1885, cuando Ferrán fué obligado á dejar su obra humanitaria y á encerrarse en su laboratorio.

Inmediatamente respondí á esto lo que debía. Yo, contra lo que comentaban mis íntimos amigos (y dejó

indiferente lo que piensen los adversarios ciegos y apasionados de Ferrán) sabía que había procedido bien y seguiré haciéndolo, por dictados estrictos de mi deber y de mi conciencia. Y para convencerse de ello bastaba pensar en las siguientes consideraciones que me hice antes de salir de Madrid, no olvidando que hacía años presidido el Real Consejo de Sanidad.

(Concluirá)

## DE APARATO DIGESTIVO

NOTAS DE LA PRÁCTICA

POR

R. LUIS Y YAGÜE

### 1. — COMIENZO CLÍNICO DE LA ÚLCERA GÁSTRICA

En las estimaciones clínicas se tiene como una de las bases para efectuarlas, el que toda afección empieza, cuando el cuadro sintomático que la es peculiar permite reconocerla, á quienes se hallen en posesión de los conocimientos precisos y tengan las elementales condiciones de observador necesarias para efectuarlo.

Quizás no haya afección alguna en que sea más difícil puntualizar los momentos de su comienzo clínico que en la úlcera gástrica, las más de las veces.

El motivo fundamental para que acontezca así, es la falta de cuadro sintomático que se pueda considerar propio de ella y cuya aparición permita efectuar su reconocimiento.

La observación permite ver que sus síntomas comunes lo son también de otras gastropatías, con las que las más de las veces coincide ó á las que acompaña, y que la hematemesis abundante, síntoma que mejor la descubre, es justamente el que más veces falta en forma ostensible y de fácil reconocimiento, por ser la hemorragia, en realidad, hecho de complicación y secundario á la situación de la úlcera en las proximidades de un vaso de importancia y á su corrosión por ella.

De aquí las dificultades diagnósticas que ofrece el proceso.

Y esto precisa repetirlo para la debida difusión.

Los exámenes anatomopatológicos cada día más numerosos por la frecuencia de las intervenciones terapéuticas, han hecho conocer lo común de la úlcera gástrica é impuesto subsiguientemente presumir su existencia, con cuadros morbosos poco precisos y en los que falta la triada sintomática que se asignó como general al proceso: dolor, vómito y hematemesis, y faltando ésta ¿qué síntoma puede prestar mayor servicio para inducir su comienzo ó existencia?

El dolor gástrico, sin duda alguna, coincidiendo con síntomas dispépsicos, al punto de que se debe pensar en ella cuantas veces aquéllos existan y éste sea intenso, circunscrito (se señale ó no con el dedo), paroxístico y persistente.

Todos los caracteres mencionados del dolor tienen importancia, pero de ellos la intensidad y la persistencia parecen tener el mayor valor, en los más de los casos.

(1) Nuestro distinguido amigo el Dr. Malo de Poveda, que viene prestando merecida atención á este ensayo de vacunación antituberculosa, ha publicado en los números 87, 88 y 89 de su esmerada y simpática revista *La Medicina Social*, una reseña fiel de aquella memorable velada y ha expresado exactamente, bien que con sobrada lisouja, los pensamientos fundamentales por mí expresados.



Así, pues, desconfiemos y seamos cautos en calificar como hiperclorhídricos simples los gastrópatas en que se observa el dolor con tales particularidades; con ello evitaremos ser sorprendidos, si no en todos, en bastantes casos, cuando la hematemesis surja y haga el diagnóstico indudable para todo el mundo.

## II.—DEL DOLOR INMEDIATO Á LAS INGESTIONES ALIMENTICIAS EN LA ÚLCERA GÁSTRICA

El ocuparse de este asunto lleva á dilucidar la realidad é importancia de uno de los caracteres del dolor, que se asignan como peculiar á la úlcera gástrica. El ser inmediato á las ingestiones alimenticias, que provocan su aparición á los pocos minutos de efectuadas, para cesar más ó menos tiempo después y reaparecer cuantas veces aquéllas tienen lugar en la misma forma.

¡Qué buen dato si siempre ó las más de las veces sucediera así y esto no aconteciera más que en la úlcera gástrica!

Pero, por desgracia, no sólo no lo es, sino que es tan rara la vez que se le observa, que cuando tiene lugar merece ser señalado como excepción.

Lo más común es: que falte en las úlceras agudas; que exista en contados casos de úlcera subaguda y que se observe por excepción en las crónicas.

¿Cuándo y cuáles son éstas?

Este carácter del dolor, como todos, puede variar con cada raza, y por ello lo que se diga aquí no ser aplicable para otros países ó regiones sino al nuestro.

En los enfermos que vemos, se suele observar en la úlcera de los hiperclorhídricos, en particular si recaen en sujetos neurópatas ó con gran susceptibilidad sensitiva y manifestaciones dolorosas predominantes.

¿Pero es capaz por sí sólo de servir para reconocer y caracterizar la úlcera gástrica?

En modo alguno. A lo más podrá permitir sospecharla é inducir á buscar con mayor interés sus demás síntomas; porque este carácter del dolor puede existir sin ella, por hiperestesia simple de la mucosa gástrica secundaria al fondo orgánico general y á cualquiera otra gastropatía, sobre todo á la hiperclorhidria en los neurópatas.

## III.—DEL DOLOR DE TRANSFIXIÓN EN LA ÚLCERA GÁSTRICA

Al dolor de la úlcera se le ha asignado también como carácter particular, el ser de transfixión y semejante al que produciría una espada atravesando el cuerpo de atrás adelante, por el sitio en que el dolor se siente.

En efecto, así se observa algunas veces, pero es de modo tan excepcional, que si se hubiera de esperar al hallazgo de este carácter en el dolor para formular el diagnóstico de úlcera gástrica, serían contadas las veces que éste podría ser hecho.

La topografía de la úlcera parece influir sobre su existencia, y ser observada esta particularidad más veces, en las situadas en el antro pilórico y sobre todo en las de la curvadura menor ó cercanas á ella; y en

cambio, faltar de modo constante en las del cuerpo y en particular en las del fondo ó tuberosidad mayor.

Además, las úlceras agudas ó subagudas no suelen presentarle; y las contadas veces que lo refieren los sujetos que las padecen, es lo común que coincida con los demás síntomas de las úlceras crónicas persistentes ó rebeldes, que corresponden á las formas anatomopatológicas callosas; y en las complicadas, con fenómenos inflamatorios perigástricos.

De aquí el escaso valor diagnóstico que se le concede.

Este pudiera resumirse así: Cuando falta, como acontece las más de las veces, no permite negar la existencia de la úlcera, y si le refieren, sólo afirma si coincide con los otros síntomas ulcerosos.

## IV.—ETAPAS DEL VÓMITO EN LOS ULCEROSOS GÁSTRICOS.

El vómito es otro de los síntomas de la denominada triada de la úlcera gástrica; pero no sólo no es constante en ella, sino que falta con extraordinaria frecuencia en su cuadro morboso.

Cuando existe, las más de las veces se suele observar en los hiperclorhídricos con úlcera crónica, sobre todo cuando ésta radica en las proximidades del píloro.

Y es, en cambio, la regla general, que falte en la úlcera de los hipoclorhídricos; en las de forma aguda y en las crónicas del cuerpo y fondo, aun cuando se acompañen de hiperclorhidria ó surjan como consecuencia de ella.

En los casos en que existe el vómito, rara vez se manifiesta desde su aparición con la misma intensidad, y lo común es que hasta su establecimiento ofrezca tres etapas, cuya duración es muy variable é individual:

1.<sup>a</sup> Salivar; en que coincidiendo con las mayores molestias digestivas, tiene lugar abundante secreción de saliva, que llena la cavidad bucal y se vierte á hilo de ella, bien sola, ya mezclada, como acontece las más de las veces, con masas mucosas flúidas, de las que se expulsan varias bocanadas sucesivas; son las llamadas comunmente aguas de boca y carecen de sabor. Su existencia es frecuente.

2.<sup>a</sup> Alimenticio; en ella se arroja con mayor dificultad y violencia, sin y las más veces después de algunas aguas de boca, pequeña cantidad del contenido gástrico; su sabor es ácido y en menos ocasiones agrio. Su existencia es menos común que la del anterior.

3.<sup>a</sup> Bilioso; en la cual, por hallarse el estómago vacío ó por la violencia del vómito alimenticio, concluyen expulsando unas bocanadas de líquido rara vez amarillo y casi siempre verdoso, y cuyo sabor amargo predomina sobre el ácido. Su aparición es rara.

En todas las etapas coincide siempre su terminación con el alivio de las molestias.

El vómito, en general, tiene muy escaso valor diagnóstico por sí sólo; le adquiere por su persistencia y regularidad, y con su asociación á los demás síntomas del proceso.



Dejemos por ahora y sin peligro de volver á ella la sintomatología de la úlcera para evitar la monotonía.

V. — ¿CUÁNDO SE DEBEN ADMINISTRAR LOS ALCALINOS EN LOS HIPERCLORHÍDRICOS?

La excesiva acidez del contenido gástrico en los hiperclorhídricos, exige su saturación como base del tratamiento.

Para ello se recurre á los alcalinos; mas ¿cuándo se los debe administrar?

Desde luego nunca antes de las comidas, porque parece estar bien y definitivamente establecido, que en tal momento excitan la secreción del jugo gástrico.

Ni tampoco coincidiendo con las tomas de alimento, puesto que cuando éstos llegan al estómago, no hay en él normalmente líquido á saturar, ó existe en pequeña cantidad como consecuencia de la secreción psíquica que suscitó la vista, olor y apetencia de los alimentos, y es á su contacto con la pared gástrica cuando se produce la secreción en cantidad, y como con su acidez se van combinando los alimentos para sus metamorfosis digestivas, sólo cuando ya no lo pueden efectuar, queda libre la acidez clorhídrica y al actuar sobre la pared, es el motivo de la aparición de las molestias digestivas.

Por lo tanto, en este momento es cuando su acción saturadora será necesaria.

De aquí la conveniencia de que sean tomadas cuando las molestias gástricas se inician, ó quizás mejor, para evitar su aparición, darlas algo antes de lo que éstas suelen presentarse y evitar con ello el estímulo de la pared del estómago por la acidez libre que puede contribuir á entretener la dolencia.

Como el acmé digestivo tiene lugar de una á una y media horas después de las comidas, por esto lo más útil es aconsejar que sean tomados una hora después de las ingestiones alimenticias, y además, al iniciarse las molestias, si aparecen á pesar de ellos.

Dos solas excepciones comunes parece merecer ser destacadas: Las aguas alcalinas, que pueden ser permitidas como bebida en las comidas, debiendo ser tanto menor su cantidad y estar tanto menos gaseadas cuanto mayores sean las molestias de estómago y la atonía gástrica; y los casos en que los sufrimientos se inicien mucho tiempo después de las comidas (por hiperclorhidria tardía), en los cuales puede convenir retrasar su administración y efectuarla á la una y media ó dos horas de las tomas de alimento.

VI. — SUSTITUCIONES MEDICAMENTOSAS Y ESPECÍFICOS

No siempre les es dable á los farmacéuticos servir los productos que se les piden, por carecer de ellos á causa de circunstancias de mercado, y está admitido, como práctica común, sustituir aquellos por otros análogos.

Esto es de perfecta licitud, según parece, aun cuando la comercial haya de ser de mucha mayor amplitud que la científica.

Y es muy difícil precisar cuáles puedan ser sus límites, pero aun con ello éstos en algunos casos parecen

ser sobrepasados, porque los efectos del fármaco que se administra, difieren de modo muy ostensible de los que podían esperarse del prescrito.

Las dificultades internacionales privando de medios y oponiéndose á las relaciones comerciales han sido causa de que en los últimos años esto se observe con mayor frecuencia.

Y debe ser muy difícil poder evitarlo cuando tanto se repite, á pesar del celo y competencia indudables de los farmacéuticos.

Mas esto no deja de suscitar algunas dificultades, para el ejercicio profesional en la práctica de la especialidad.

Para obviarlas es frecuente verse obligado á prescribir específicos con más frecuencia de la debida, ya que conocida su composición y estando ciertos de que el interés de la marca obliga á la casa á mayor cuidado en la elección del producto, se puede tener más seguridad de dar lo que se cree más útil.

Pero esto encarece el remedio con daño económico del cliente; lo que no deja de ser muy atendible siempre y merece serlo más en estos tiempos de elevación tan notoria del precio de cuanto se compra.

## SHOCK TRAUMATICO <sup>(1)</sup>

POR

JOSÉ SEGOVIA Y CABALLERO

Alumno de Medicina Legal.

*Descripción clínica del shock* — Los síntomas que presenta un enfermo en estado de shock debido, por ejemplo, á una lesión grave de las extremidades en la que la pérdida de la sangre ha sido, sin embargo, escasa, pueden describirse del modo siguiente:

El enfermo yace echado, quieto é indiferente, boca arriba, y en los casos graves puede quedarse pasivamente en la posición en que le colocaron los asistentes. La cara está pálida, algunas veces ligeramente cianótica, contraída, enjuta y privada de movimientos. Los ojos están hundidos, fijos ó á medio cerrar, la córnea no tiene brillo, las pupilas están dilatadas y reaccionan torpemente á la luz. Los labios delgados están ligeramente entreabiertos, su color rojo normal ha desaparecido. Las extremidades están frías. Los movimientos musculares pueden no estar abolidos del todo; únicamente de cuando en cuando se observa un intento de movimiento, ó bien un quejido débil y ronco interrumpe este silencio tan parecido á la muerte. Los reflejos se conservan, pero están notablemente disminuídos. La superficie de la piel está pálida, pero en las regiones periféricas se observa una ligera cianosis, y un sudor frío y pegajoso pronunciado, sobre todo, á nivel de la frente, trasuda por sus poros. La respiración es superficial, ligera é irregular, interrumpida, á menudo, por una espiración suspirosa. La temperatura puede revelar una disminución de medio á dos grados. El pulso es débil y casi imperceptible. Su frecuencia se halla generalmente aumentada, si bien algunas veces puede hallarse, por el contrario, disminuída. La sensibilidad general y todos los sentidos especiales están casi abolidos.

El paciente está en un estado de apatía y de extraordi-

(1) Véase el número 3.430.



naia indiferencia por todo lo que le rodea y hasta por sí mismo. No responde á las órdenes ó indicaciones para moverse ó para contestar á las preguntas que se le dirigen. El estupor mental es muy manifiesto. En los casos graves la pérdida absoluta del conocimiento completa el cuadro de esta pseudo muerte. Los esfínteres pueden dejar de funcionar, observándose á menudo incontinencia fecal; la incontinencia de orina es más rara. Pueden existir náuseas, vómitos é hipo. La deglución suele ser difícil.

Los trastornos funcionales generales pueden curar después de un período de reposo. La alteración del pulso, de la respiración, de la temperatura, de la motilidad y de la sensibilidad desaparece y el restablecimiento del estado fisiológico puede avanzar de un modo progresivo. En los casos fatales el estado general no sufre ninguna modificación. El pulso se hace imperceptible y, por último, desaparece por completo.

Las explicaciones generalmente aducidas para explicar los trastornos tegumentarios se basan en el estado de anemia y en la relajación de las partes. La palidez y el enfriamiento se explican por la falta de vascularización de la piel. El enfriamiento de las extremidades está también de acuerdo con las alteraciones de la circulación de las regiones periféricas.

La cianosis que algunas veces se observa en los dedos, labios y nariz, se observa probablemente más á menudo en individuos predispuestos en virtud de afecciones cardíacas pulmonares ó otras, á una oxidación deficiente y al estancamiento de la sangre.

La relajación de la piel se explica, en parte, por contener menos sangre que en estado normal y, sobre todo, por la pérdida de la innervación de las fibras musculares lisas especialmente de las situadas alrededor de los folículos pilosos y glándulas de la piel. Esta relajación que en los casos pronunciados es evidente en las puntas de los dedos, y sobre todo en la cara, en forma de arrugas constituye una particularidad que depende más ó menos de cuestiones individuales. En los viejos y personas delicadas por una enfermedad anterior depauperante se hacen más manifiestas que en los individuos jóvenes y robustos.

La relajación de la piel explica también la sudoración. Esto, según Jordán, se debe probablemente á la relajación de los orificios de los conductos de las glándulas sudoríparas, y ésta, al menor riego sanguíneo y á la imperfecta contracción de las fibras musculares lisas de la piel, que permite que el sudor se derrame y extienda por la superficie del tegumento. Es imposible que el sudor sea segregado en un momento en que el organismo padezca el shock porque se opone á ello la disminución de la circulación de las glándulas mismas y la disminución de la actividad de todas las células secretoras.

Por último, citaremos la abolición precoz del reflejo ocular cardíaco observado por Cornil. (A propos du reflexe oculocardiaque dans le shock nerveux, *Comptes rendus de la S. de B.*, Octubre de 1918.)

Dicho autor observó en dos soldados en estado de shock á consecuencia de un aplastamiento del miembro inferior izquierdo el primero, y de una amputación traumática del pie izquierdo en el segundo y en los cuales la hemorragia había sido casi nula, que no se producía modificación ninguna en el número de pulsaciones después de una compresión ocular de un minuto.

Después de Cornil, Dalencourt (Le reflexe oculo cardiaque au cours des états du shock, *Paris Medical*, Febrero 1918) ha confirmado esta inhibición del centro del pneumogástrico en el curso de ciertos estados de shock sin hemorragia.

Recientemente (Febrero de 1919, *Memoires de la Société de Chirurgie de Paris*) Moulinier distingue clínicamente tres variedades de shock, nervioso, hemorrágico é infeccioso, fundándose en los valores de las presiones arteriales de un miembro colocado en tres posiciones distintas, horizontal, declive y elevada.

En un estado normal, estando colocado el miembro en el plano que pasa por la base del corazón, la tensión de las arterias de mediano calibre del segmento del miembro examinado tiene casi exactamente el mismo valor que la tensión aórtica. Si se eleva ó se desciende el miembro se obtienen naturalmente cifras diferentes; más débiles si se eleva, mayores si se desciende.

Estos datos ya reconocidos por Marey sólo son aplicables al sujeto sano. Por el contrario, en los trastornos circulatorios las variaciones de presión observadas no corresponden á las variaciones de posición de los miembros. Así en un miembro cuya circulación arterial está muy dificultada la tensión máxima tiene sensiblemente el mismo valor, ya esté el miembro colocado á nivel del corazón, ya en la posición declive.

Partiendo de estos datos Moulinier ha tratado de distinguir las variedades del shock según las indicaciones de la tensión que obtiene, usando el oscilómetro de Pachón.

Toma sucesiva y rápidamente tres medidas, la primera colocando el miembro al nivel del corazón estando el sujeto acostado, la segunda colgando el brazo por fuera de la cama estando colocado el puño á unos 40 centímetros por debajo de la cara anterior del tórax, y la tercera manteniendo el brazo á unos 40 centímetros por encima de dicho plano.

Primera. En el shock nervioso sin hemorragia y sin infección declarada, los caracteres y el sentido de las reacciones vasculares son idénticas á las del sujeto normal.

Segunda. En el shock hemorrágico el máximo de tensión en posición elevada tiene sensiblemente el mismo nivel que el máximo á nivel del corazón.

Tercera. En el shock infeccioso se observa un considerable descenso del máximo y mínimo en posición elevada.

Estas observaciones sufren cambios en el curso de la evolución morbosa del síndrome, y un shock, por ejemplo, que tiene por causa inicial una hemorragia grave transformará su reacción vascular bajo la influencia de una infección sobreañadida. Es probable que en el shock abdominal grave se reúnan las tres variedades de shock; nervioso al principio por irritación local de los plexos, después hemorrágico é infeccioso al final.

Estas observaciones, de ser comprobadas vendrían á sostener la doctrina de la disociación del shock que defiende Quénu.

**Diagnóstico.**—El shock, el colapso y el síncope son estados análogos que tienen de común la disminución de todas las funciones vitales de un modo brusco y de carácter transitorio ó mortal.

Las analogías del cuadro morboso y la coincidencia de varias causas hace que frecuentemente se pase de unas formas á otras.

El estado que más semejanzas tiene con el shock es el colapso. Repetiremos, que la diferencia esencial está en que en el colapso predominan los síntomas cardíacos y sucesivamente los respiratorios, mientras que en el del shock es esencialmente nervioso ó tóxico.

El colapso se manifiesta principalmente por el quebranto brusco de todas las fuerzas en parálisis del corazón. A diferencia del shock consecutivo á insultos del sistema nervioso, la presencia del colapso está ligada á hemorragias rebeldes consecutivas á lesiones ó á grandes operaciones,



lesiones del corazón, exceso de trabajo cardíaco, sobre todo en enfermedades valvulares del miocardio ó del sistema vascular; restablecimiento brusco y violento de la actividad cardíaca en la embolia pulmonar en que por obstrucción de una rama de la arteria estaba inactiva una extensa zona del órgano; la anemia cerebral instantánea en la embolia de una arteria cerebral ó al levantarse de pronto un enfermo anémico ó narcotizado, y las intoxicaciones bacterianas en las cuales, según Rumberg y otros, tienen mucha importancia la parálisis vascular central.

Las manifestaciones son palidez ó cianosis de la cara, sudor helado, extremidades frías, generalmente cianóticas, pupilas dilatadas, pulso muy pequeño y acelerado, apenas sensible é irregular, delirio ligero con movimiento de las extremidades relajadas en los períodos de reposo, respiración anormal y superficial, conciencia confusa ó pérdida total del conocimiento poco antes de venir vómitos y fuerte descenso de la temperatura aun con enfermedades febriles. Estas funciones sobrevienen muy rápidas y producen la muerte rápidamente cuando no se consigue aumentar permanentemente la energía cardíaca.

*El síncope ó desvanecimiento.*—Se caracteriza por la pérdida repentina y ordinariamente transitoria del conocimiento, debida á una anemia cerebral provocada reflejamente. La padecen las mujeres muy nerviosas y los hombres alcoholizados. Una fuerte sacudida anímica, como la angustia y el terror y, sobre todo, una impresión violenta al contemplar sangre ó instrumentos quirúrgicos, en una palabra, el temor al dolor antes que la violencia del dolor sufrido. Los síntomas precursores son palidez cadavérica, sudor frío, mareos y oscurecimiento del campo visual.

El enfermo cae inmóvil é insensible, con la mirada fija y con las pupilas dilatadas, perdiendo rápida y totalmente el conocimiento. Su pulso es pequeño y acelerado, pero regular, y lenta y superficial su respiración. De ordinario las manifestaciones desaparecen rápidamente y la muerte sobreviene en pocos casos.

Como se ve, el diagnóstico diferencial en el síncope es sencillo y tampoco ofrece dificultad en el colapso cuando es conocida la causa (embolia, etc.). En cambio, las formas graves del colapso son análogas al shock, y es difícil distinguirlas cuando van unidas inmediatamente á una lesión.

Es también difícil comprobar en una herida grave la desaparición de las manifestaciones del shock cuando en ella se combinan de una manera imperceptible los síntomas de hemorragias internas determinantes del colapso ó de inflamaciones que se inician, por ejemplo, en la peritonitis. La única manera de salir de dudas será reconocer detenidamente el estado general, el aumento de temperatura en las infecciones y la aceleración del pulso, lento, normal al principio de las hemorragias y en las manifestaciones inflamatorias. Convendría guiarse por la siguiente norma:

Si las manifestaciones del shock no desaparecen á las pocas horas habrá hemorragias internas ó inflamaciones recientes.

*Tratamiento.*—Dividiremos este capítulo en dos partes dedicadas respectivamente al tratamiento profiláctico y curativo.

*Tratamiento profiláctico:* El tratamiento profiláctico se refiere únicamente al shock consecutivo á operaciones quirúrgicas, pues únicamente en este caso podemos prevenir el shock. El desarrollo de este asunto corresponde por entero á Crile con su técnica de asociación anociva que es una consecuencia de la teoría expuesta.

La técnica de Crile fué publicada en diferentes trabajos ya citados y expuesta más detalladamente en el libro publi-

cado por Crile y Lower, *Anoci-Association*, Filadelfia, 1915.

Expuesta ya la teoría de este autor seremos breves en la exposición del fundamento de su técnica. Para evitar el agotamiento del aparato cinético que resulta de la estimulación de los nervio-captadores, Crile trata de evitar la llegada á los centros nerviosos de estas excitaciones. Ya hemos dicho que estas excitaciones podrían llegar por intermedio de la sensibilidad general de los sentidos especiales. El empleo de los anestésicos generales parece que debía suprimir toda estimulación y por lo tanto todo peligro de shock; sin embargo, no sucede así porque los estímulos de los nervios de la sensibilidad general afectan al cerebro á pesar del estado inconsciente del individuo; por consiguiente no suprimen sino los estímulos que resultan de la sensibilidad especial. La anestesia local, por el contrario, evita la llegada á los centros de estos estímulos originados en el foco operatorio, pero no evita los estímulos llegados al cerebro por los sentidos especiales, originados, por ejemplo, por la vista de los instrumentos quirúrgicos y de la sangre, los sonidos de palabras pronunciadas por el cirujano, choque de los instrumentos, etcétera, y que son una causa importantísima de shock. Ahora bien, uniendo estos dos procedimientos de modo que se evite la llegada de ambas clases de estímulos se colocará al paciente en el estado que Crile denomina *anoci association*. Insiste Crile en que la asociación anociva no comienza en el comienzo de la operación ni termina con la sutura de la herida operatoria, sino que tienen también mucha importancia los cuidados pre y postoperatorios en el sentido de disminuir todo lo posible los factores psíquicos del shock.

Crile empieza por administrar á los pacientes una inyección de morfina y escopolamina, pues los experimentos de laboratorio han demostrado que en los animales sometidos á un traumatismo después de una inyección de morfina, las alteraciones en el cerebro, suprarrenales é hígado son menores que en los animales traumatiza los sin esta protección.

El uso de la morfina es recomendable, sobre todo en los casos de hocio exoftálmico y en los casos de infección aguda, dándola en dosis pequeñas y repetidas hasta conseguir una disminución notable de la frecuencia del pulso y de la respiración. Únicamente considera Crile contraindicada la morfina en pacientes muy viejos, en niños ó en los muy agotados por la enfermedad.

El punto esencial de la técnica de Crile consiste en infiltrar con una solución de novocaína de 1:400 todos los tejidos conforme se van seccionando. Los tejidos deben infiltrarse como si la operación se practicase con anestesia local solamente, comenzando por hacer una inyección intradérmica y anestesiando luego plano por plano, conforme se avanza en la operación. La anestesia dura próximamente una hora y no ejerce ninguna influencia sobre la evolución de la herida. Al uso de la novocaína añade Crile el de una solución de urea y quinina, cuyos efectos anestésicos fueron descubiertos por Thibault, cirujano de Arkansas. En su obra de *Anoci association* recomienda Crile el empleo de esta solución al  $\frac{1}{2}$  por 100 en lugar de la concentración del 2 ó 1 por 100 que usaba anteriormente. Esta solución se inyecta alrededor pero á cierta distancia de la herida operatoria. Su objeto es reducir al minimum las molestias postoperatorias y el pequeño grado de shock que puede resultar de los estímulos originados en la herida operatoria, toda vez que los efectos de esta anestesia persisten durante varios días. Moynihan ha hecho construir para este uso una jeringa especial cuya aguja está doblada en ángulo obtuso. Únicamente considera Crile contraindicado el uso de la solución de urea y quinina en las heridas infectadas porque disminuye la resistencia de los tejidos para luchar contra la infección.



A pesar del uso de estas precauciones debe tenerse cuidado de traumatizar los tejidos lo menos posible, evitando sobre todo la disección roma y los estiramientos.

Por último, otro punto interesante en lo que se refiere á la evitación del shock quirúrgico es la elección de un anestésico general apropiado. Los trabajos experimentales de Crile le han llevado á preferir el protóxido de N. que llena el máximum de las condiciones apetecidas.

Sometiendo á traumatismos aproximadamente iguales animales anestesiados con  $C_2H_5O-C_2N_2$  y con  $NO_2$ , ha observado Crile que las alteraciones en el sistema cinético eran próximamente tres veces menores con el  $NO_2$ , asimismo el descenso de la presión arterial era dos veces y media menor.

Claro es que la anestesia por el  $NO_2$  tiene el inconveniente de exigir anestestistas especialmente adiestrados y aparatos especiales que no creemos oportuno describir aquí.

Hemos expuesto con esto la técnica general de anociasociación de Crile. Este autor consagra una gran parte de su obra á detalles de técnica para cada operación en particular, pero esta cuestión aunque muy interesante nos parece salir de los límites de nuestro trabajo.

Tratamiento curativo: El tratamiento del shock ha seguido una evolución paralela á la del concepto de su patogenia. Así pues, la terapéutica del shock se ha desarrollado en tres fases: una anterior á Crile, otra en la que se ha establecido el tratamiento con arreglo á las ideas de Crile, y otra tercera fase muy moderna que deriva de las ideas de Quénu y los cirujanos franceses ya citadas.

En la primera época el tratamiento se hacía casi de un modo sintomático; las inyecciones de suero fisiológico, éter y cafeína desempeñaban el papel principal. Se añadía á esto las inyecciones de estricnina muy usadas, sobre todo en América, siendo Deaver (1) su principal defensor. Se empleaban también mucho los sinapismos en los pies (2). El uso de las inhalaciones de oxígeno, recomendado por algunos cirujanos, ha sido rechazado por otros (3).

Los trabajos de Crile y de otros norteamericanos hicieron modificar estas prácticas de tratamiento. Singularmente el empleo de la estricnina mereció las más acerbadas críticas. Crile dice que es tan lógico tratar con la estricnina el shock producido por un traumatismo, como lo sería tratar con un traumatismo el shock producido por la estricnina, y Mummery dice á este propósito (4), que el empleo de la estricnina en el shock es como si se espolease enérgicamente un caballo agotado por la fatiga.

Habiendo establecido Crile que el hecho principal en el shock es el descenso de presión arterial, trató de oponerse á este descenso, para lo cual construyó su conocida funda neumática. Con su empleo podía conseguirse un aumento permanente de la presión arterial, pero no se ocultaban á su autor los inconvenientes prácticos que ofrecía su empleo.

En vista de esto trató de elevar la presión arterial aumentando la presión del aire ambiente, pero no pudo producir por este medio ninguna elevación de presión. Las experiencias que hizo Crile tratando de aumentar la presión externa y haciendo respirar al animal aire á la presión ordinaria á través de un tubo introducido en la tráquea, fueron también infructuosas. Tuvo, pues, que volver al uso de la funda neumática, dedicándose al mismo tiempo á estudiar los efectos

de las inyecciones salinas y de ciertos medicamentos que eran ya empleados en gran escala. De estos estudios obtuvo un resultado interesante: la eficacia de las inyecciones de adrenalina, sobre todo junto con las inyecciones salinas; este hecho ha quedado establecido definitivamente y no necesitamos insistir sobre los buenos servicios de la adrenalina, que todo el mundo ha podido comprobar. Pero además, Crile demostró los escasos resultados que podían obtenerse con la inyección de soluciones salinas solamente, puesto que cuando se inyecta una gran cantidad, los animales morían en pocos minutos, demostrando su autopsia que la solución pasaba en seguida á través de las paredes de los vasos, acumulándose, sobre todo, en el estómago, intestino, hígado y bazo. Sin embargo, la clínica demuestra los buenos resultados de las inyecciones salinas, sobre todo cuando se hacen muy lentamente como recomendó Murphy con su técnica de la enterocolitis. De aquellos estudios dedujo Crile la necesidad de encontrar para el tratamiento ideal del shock un líquido que no pasase á través de las paredes de los vasos, no ocasionase alteraciones químicas, sea capaz de transportar el oxígeno y produzca sus efectos inmediatamente. La sangre humana es el único líquido que llena estas condiciones. Como consecuencia de esto, considera Crile como tratamiento ideal del shock, la transfusión sanguínea, habiendo perfeccionado la técnica de esta pequeña operación con el empleo de su cánula. No creemos indicado entrar en la descripción de los distintos procedimientos de transfusión sanguínea. Nos limitaremos á decir que la experiencia de la guerra ha demostrado la eficacia de la transfusión sanguínea, sobre todo para los casos llamados de shock hemorrágico por los franceses (ya hemos indicado el concepto que podía formarse de estos casos).

Sistematizando para el tratamiento del shock, pueden ser empleados además de la intervención quirúrgica, de que luego hablaremos:

- 1.º Medidas generales, como el mantenimiento de calor, la evitación de ruidos y toda clase de excitaciones, etc.
- 2.º Medios mecánicos, como la posición con la cabeza baja, la funda neumática de Crile, el vendaje de las extremidades, etc.
- 3.º Medios farmacológicos.
- 4.º Medios que tienden á aumentar el volumen de la sangre (soluciones salinas y de otras clases).

De entre los medios farmacológicos, la estricnina parece que debe ser rechazada después de los trabajos de Crile. Los tónicos cardíacos pueden ser empleados, pero sus resultados no son muy buenos, puesto que, como hemos dicho, el descenso de presión no depende de una debilidad cardíaca. La adrenalina y la hipofisina son los remedios de elección. Esta última ha sido empleada con gran éxito por Hill (1).

En un reciente trabajo de Mann (2) estudia experimentalmente el valor de los distintos métodos de tratamiento del shock y afirma que la adrenalina produce un aumento más rápido é intenso de la presión arterial, pero poco duradero; el aumento de presión arterial producido por la hipofisina es menos intenso, pero dura mucho más tiempo. Entre los recursos farmacológicos se han empleado recientemente al parecer con éxito las inyecciones intravenosas de aceite alcanforado, iniciado por Le Moignic y Gautrelet (3). Estos autores habían demostrado previamente la inocuidad

(1) Citado por F. Munch: *Traitement du shock traumatique*, *Soc. de Med.*, Junio 1918.

(2) RISHMILLER: Shock and its Surgical significance, *New York Med. Journal*, 1900.

(3) LE DENTU: Le Déces post opératoire, *Congress. Int. Med.*, Madrid 1903.

(4) *The Lancet*, Enero 1903.

(1) Report on the use of pituitary extract in surgical shock, *Boston Medical and Surgical Journal*, Abril, 1915.

(2) Further experimental Study into surgical shock, *The Journal of the American Medical Association*, Octubre, 1918.

(3) Etude expérimentale du shock traumatique et son traitement par les injections intraveineuses d'huile camphrée, *Comp. rend. Soc. de Biol.*, Octubre, 1918.



de las inyecciones intravenosas de pequeñas cantidades de aceite (1) y aplicaron esto al tratamiento del shock, haciendo inyecciones de  $\frac{1}{2}$  c. c. cada vez en perros en estado de shock.

Se produce inmediatamente un ligero descenso de la presión arterial, la cual asciende en seguida hasta alcanzar una cifra mayor de la que tenía anteriormente. Pero el modo de obrar del aceite alcanforado en estos casos no es, como podría suponerse su acción tónica sobre el corazón, pues ya hemos dicho la escasa utilidad que tienen los tónicos cardíacos, sino que los citados autores han demostrado que la acción del alcanfor en el shock se debe á la vasodilatación del sistema pulmonar, lo cual no sólo favorece la hematosi, sino que mejora la circulación por favorecer la repleción cardíaca.

El método ha sido empleado por otros muchos cirujanos y particularmente por Louet (2), encargado por el servicio de Sanidad francés de vulgarizar el empleo de este recurso en el frente de guerra. Sus observaciones son enteramente favorables al empleo de este procedimiento.

Por lo que se refiere á los remedios que contribuyen á aumentar el volumen de la sangre, ya hemos indicado que según las investigaciones de Crile, parece preferible la transfusión sanguínea á cualquier otro medio, y ésta parece ser también la opinión de los cirujanos franceses. Pero como no siempre es posible practicarla, se sigue acudiendo á la inyección de soluciones salinas.

(Se continuará.)

## Periódicos médicos.

### TERAPEUTICA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. La vacuna antituberculosa del Dr. Ferrán. Con motivo de los trabajos de vacunación antituberculosa que el Dr. Jaime Ferrán está llevando á cabo, el catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Barcelona, Sr. Salvat, hace en la *Gaceta Médica Catalana* un resumen de la doctrina ferranista, exponiéndola en los siguientes términos:

Dice el Dr. Ferrán que esa historia natural completa del *bacillus tuberculosis*, cuando por plena y adecuada condición mesológica pudo desarrollarse cabalmente, es así:

Primero. Germen saprofita, muy abundante en los medios naturales exteriores (verbigracia, el telúrico y el hidríco), y presente especialmente en el contenido intestinal del hombre y de muchos mamíferos, de modo que resulta finalmente una bacteria de las materias fecales; dicho esto, harto se comprende que dicho germen circule activamente desde el intestino de animales vivos al medio exterior hidrotelúrico, y viceversa, lo mismo que tantas otras bacterias saprofitas, semipatógenas ó virulentas que recorren el mismo ciclo y de las cuales conocemos entre las patógenas muchísimas, como el *bacillus coli*, el bacilo de Eberth, los paratifoideos, los disintéricos, los de las septicemias hemorrágicas de los animales, etc.

Segundo. Germen que por habitación perseverante de sus generaciones en el intestino de los mamíferos fuese adaptando al parasitismo y adquiriendo educación patogénica. Cuando logra abordar el medio orgánico interno, generalmente á través de la mucosa intestinal más ó menos lesionada, puede iniciar aquella condición virulenta adquirida, y lo hace en tanto que flogógeno, determinando enfer-

medades que pueden ser vagas ó precisadas, intensas ó leves, y caracterizadas por grados de inflamación (á veces simplemente hiperemias y congestiones), susceptibles de afectar á los más diversos territorios orgánicos. Desde este momento, el antiguo saprofita es ya digno de consideración en patología humana, pero su función morbosa es todavía elemental y genérica (flogógena), todavía no especializada en sentido tuberculógeno: el Dr. Ferrán denomina este germen con la primera letra del alfabeto griego como para señalar que ahora se inicia el gran proceso de la tuberculosis.

Tercero. El bacilo  $\beta$  de Ferrán, según deducimos de los textos de este autor, parece representar una fase de transición difícil de estudiar objetivamente; quizá no significará un microfito de caracteres fijos y unívocos, sino que aludirá á un grupo de bacterias con formas y caracteres diversos, representativas de sendos pasos en el camino de la evolución, desde la fase  $\alpha$  á la  $\gamma$ . La teoría es la siguiente: abarcados algunos bacilos *alpha* por los fagocitos de varia índole, y si del conflicto no resulta por de pronto la muerte del germen, comienza la adaptación á la vida intracelular: esto, en el orden biológico, implica poder resistir, no sólo aquellos anticuerpos libres y diluidos que se hallan en los plasmas, si que también las citosas de las células vivientes, y tan ruda empresa no se alcanza más que mediante mutaciones bastante profundas, entre las que destaca la diferenciación ectoplásmica del germen, que formará capa protectora á la medula esencial; así se verifica dicha adaptación, pero al mismo tiempo el microfito se transforma cada vez más diferenciadamente á través de algunas generaciones en habitación intracelular, hasta que surge el bacilo protegido por la cubierta cérea ácidorresistente.

Cuarto. Ya ha llegado el *bacillus tuberculosis* á la fase *gamma* de Ferrán, idéntica al bacilo de Koch clásico. La distinción adquirida entre la porción medular y la cortical del bacilo, presta á éste los caracteres microquímicos de la ácidorresistencia; pero no han variado solamente forma y estructura con respecto al patrón original, si que también las capacidades patógenas. Los venenos solubles y las endotoxinas proteínicas que actuaban como agentes flogógenos, no pueden ahora transcender rápidamente pasando la cubierta cérea, y hasta quizá no se produzcan en la misma cantidad ni con índole invariada; mas, de otra parte, el ectoplasma no es mera corteza pasiva en la defensa contra los enzimas antibacterianos, pues reacciona químicamente ante la agresión fagocitaria, hace enfermar las células y las mata por necrotización caseosa. El bacilo aprendió á ser tuberculógeno, y ejerce ya de preferencia esta especialidad en las funciones morbosas.

Quinto. Luego vienen otras fases en la evolución del germen, é ignoramos si el Dr. Ferrán estimálas como progresivas ó retrógradas. Los granos internos del bacilo de Koch intersecto ó arrosariado en su apariencia, quedan sueltos muchas veces cuando adviene la dehiscencia del tubérculo; tales puntículos, Gram positivos y ácidorresistentes, descritos por Much, hallábanse ya consignados por Ferrán con el nombre de bacilos *delta*. Son virulentos, reproducen la tuberculosis experimental y es verosímil que signifiquen formas de resistencia bastante fuertes para el virus; hay que recordar que el Dr. Ferrán cree en la esporogénesis del bacilo tuberculoso en alguna de las fases evolutivas.

Sexto. Uno de los primeros actos en la historia de los trabajos de Ferrán, ha sido la demostración de que los bacilos de Koch pueden muy bien perder la ácidorresistencia, y que ello sucede á merced de cultivos sucesivos realizados perseverantemente con arreglo á sencillas reglas técnicas. Este hecho fué el que mejor pudieron comprobar los auto-

(1) *Comp. rendue de l'Académie des Sciences*, Febrero, 1912.

(2) LOUET: Les injections intraveineuses d'huile camphrée, *Société de Biologie*, Octubre 1913.



res que se dedicaron á la discusión experimental de la teoría ferranista; Arloing, Courmont, Auclair, el propio Mendoza, obtuvieron cultivos homogéneos no ácidosresistentes (coloreados en azul con el método de Ziehl-Neelsen), á partir de razas clásicas de bacilos de Koch; sobre todo fué Ratvellat, el insigne veterinario gerundense, quien realizó trabajos afiligranados y admirables, menos conocidos y apreciados de lo que merecen, y quien complementó sus investigaciones con pruebas de inoculaciones, cuyos resultados son realmente inquietantes. Por formas y caracteres, los bacilos que pudiéramos llamar de *ex de Koch*, distingúense en muchas variedades; todas ellas, según Ferrán, recuerdan el saprofitismo originario de la especie ó la patogenesia indistinta de la fase *alpha*; forman como el sector que cancela el ciclo. Tales son los bacilos *epsilon*.

#### EN LENGUA EXTRANJERA

2. Sobre la proporción de arsénico contenido en el neosalvarsán y en el neoarsenobenzol, por el Dr. G. Dupont.—El autor empieza por establecer una diferencia entre la proporción teórica en que se encuentra un principio activo en un cuerpo dado y la proporción práctica; la primera es la que se desprende de su fórmula, y la segunda la que se encuentra en la cantidad del cuerpo en el momento que se va á administrar, teniendo en cuenta las impurezas, agua de cristalización, etc.

El neosalvarsán, según la fórmula de Ehrlich, contiene un 33 por 100 de arsénico; pues bien, esta proporción es completamente teórica y prácticamente no contiene arriba de un 20 por 100.

En cuanto á la proporción en que está el arsénico en el neoarsenobenzol Billón, es exactamente igual á la del salvarsán en todas las dosis, y si los investigadores han hallado cifras diversas, es porque la determinación de este cuerpo es una operación muy difícil, y dos personas trabajando con el mismo producto y una sola persona con métodos distintos llegan á conclusiones diferentes. (*Presse Médicale*, 12 de Junio de 1912).

#### CIRUGÍA

##### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Cirugía de las glándulas paratiroides (cuerpos epiteliales) por N. Guleke.—La Nueva Cirugía Alemana, Biblioteca que dirige el profesor Bruns, de Tubinga, y publica Fernando Enke, de Estutgard, ha dado al público médico, un libro muy bien editado del profesor Guleke, de Estraburgo, cuyo contenido resume el estado actual, inmediatamente antes de la guerra, de los conocimientos sobre las glándulas paratiroides ó cuerpos epiteliales, que los alemanes llaman Nebenschilddrüsen.

Empieza el trabajo con una reseña histórica muy breve, porque el conocimiento de estas glándulas es muy reciente.

El capítulo dedicado á la anatomía macro y microscópica es interesante y de trascendental conocimiento. Las glándulas paratiroides son en el hombre órganos pares situados en condiciones normales en número doble en la cara media del borde posterior de los lóbulos laterales del tiroides; se hallan en unión íntima con las arterias tiroideas inferior y superior en número variable, como variable es su topografía y su vascularización. Las particularidades de su estructura histológica y de su anatomía comparada llenan algunas páginas de datos preciosos. Allí se encuentra la explicación de tantas diferentes y hasta encontradas opiniones deducidas de estudios experimentales hechos para aclarar el papel del tiroides y de las paratiroides, en especies animales distintas, con anatomía por lo tanto muy variada. Sólo hay un animal en el que todavía no se tienen datos ciertos sobre la anat-

mía de las paratiroides, el cerdo; en todos los demás, estas glándulas son ya perfectamente conocidas.

La embriología nos enseña que las paratiroides son órganos branquiógenos cuya formación es análoga en su origen al timo, y diferentes del tiroides. Jamás se ha podido probar en la vida fetal un cambio del tejido paratiroideo en tejido del tiroides.

La fisiología y patología experimental de las paratiroides, titula el autor á la cuarta parte de su obra; muy pocas hemos leído tan sugestivas y tan llenas de enseñanzas expuestas con método y claridad admirables.

Los estudios de Gley sobre tiroidectomía completa (extirpación del tiroides y de las paratiroides) y sus comunicaciones que empiezan el día 12 de Diciembre de 1891, en la Sociedad de Biología de París, llaman la atención del mundo científico y provocan una serie de experimentos entre los cuales merecen citarse los de su contradictor Moussu hasta que las investigaciones anatómicas de Kohn aclaran sencillamente que la tiroidectomía completa de Gley determina la tetania mortal porque elimina todas las glándulas paratiroides al mismo tiempo que el tiroides. La extirpación de éste solo con las glándulas paratiroides intratiroides no va seguida de tetania porque quedan las paratiroides exteriores (ó extratiroides) y la extracción de las paratiroides extratiroides solas no produce ningún resultado porque el tiroides contiene las paratiroides intratiroides que siguen funcionando. Y desde entonces se puede afirmar con absoluta seguridad, que la extirpación del tiroides con todo el aparato glandular paratiroideo, produce en los distintos animales de manera regular la muerte por tetania.

Moussu fué quien primero afirmó que las glándulas paratiroides tienen una función independiente del tiroides y no están dispuestas para sustituirlo. Verdad que sólo pudo probarse cuando Kohn descubrió las paratiroides intratiroides que según su nombre indica se encuentran en el tiroides como islotes recubiertos de tejido tiroideo por todos lados. Los estudios hechos teniendo en cuenta esta noción demostraron que «la tetania es una consecuencia de la eliminación de las paratiroides y no del tiroides; que es lo que aseguraba Moussu. La observación atenta de cuantos han trabajado sobre este asunto ha probado, sin duda alguna, que el mixedema y la caquexia son la consecuencia de la pérdida del tiroides y la tetania de las paratiroides.»

Hay una tetania latente, que revela una insuficiencia relativa de las paratiroides y no se manifiesta sino en las condiciones excepcionales de la vida en que se exige de las paratiroides un trabajo superior al común y corriente (como ocurre en el embarazo, parto, crianza, etc., etc.).

Esto nos lleva á la diferenciación de la tetania aguda y la tetania crónica. La tetania aguda se caracteriza en el animal por: I, un estadio de latencia, con sólo un aumento de excitabilidad eléctrica de los nervios periféricos; II, un ataque de tetania, que empieza con intranquilidad, salivación profusa, contracciones fibrilares de los músculos, que se convierten en sacudidas de todos los músculos del cuerpo, y algunas veces van seguidas de contracciones de las extremidades, respiración y pulso precipitado y temperatura superior á 42°. Algunas veces sobreviene la muerte en este período por contractura de los músculos respiratorios; III, el estadio anterior alterna con el primero, durante este estadio tercero, el tetánico está tranquilo, indiferente á cuanto le rodea para repetir las contracciones, con parálisis cada vez mayor de las extremidades abdominales hasta que sobreviene la muerte por parálisis respiratoria ó por agotamiento.

La tetania crónica en algunos animales se presenta como manifestación de insuficiencia relativa de las paratiroides;



en otros, como la rata, es la única forma de tetania observada. Se caracteriza por las alteraciones tróficas, la primera el rápido adelgazamiento y caquexia, sin tetania (es decir, sin ataques), alteraciones tróficas en formaciones ectodérmicas que crecen durante toda la vida, como los cabellos, los dientes y las uñas; dermatitis sin agente etiológico conocido, rinitis, conjuntivitis, y, particularmente, cataratas. De la deficiencia ó ausencia de la calcificación de la dentina en la tetania crónica se ha hecho un estudio muy completo como de la alteración de las paratiroides en los trastornos del callo de las fracturas.

La relación entre las paratiroides y otras glándulas de secreción interna es poco conocida, así se dice que «la mayor probabilidad habla por un antagonismo entre el tiroides y las paratiroides»; de la dependencia entre éstas y la hipófisis sólo se sabe (Caselli) que la extirpación de la hipófisis modifica la tetania paratiroidopríva haciendo cesar las manifestaciones motoras que son sustituidas por un estado de parálisis. La supresión de la función del timo parece producir análogos trastornos que la eliminación de las paratiroides. La excitabilidad eléctrica en los privados de timo aumenta gradualmente pasadas dos ó tres semanas, para desaparecer después, mientras en los operados de paratiroides el aumento es inmediato y no desaparece. Guleke ha demostrado que las contracciones tetánicas de los privados de paratiroides desaparecen al quitarse las suprarrenales y que, á partir de este momento, la enfermedad y muerte corresponden á la eliminación de las suprarrenales, con tal que al mismo tiempo se extirpe el tiroides. Entre éste y las suprarrenales por un lado y las paratiroides por otro, parece existir un antagonismo. Guleke ha provocado ataques tetánicos en animales á los que se habían extirpado las paratiroides y se hallaban en estadio de latencia, inyectándoles adrenalina, y opina que ésta desempeña un papel esencial en la tetania. Parece como si las paratiroides ejercieran una influencia de freno sobre el simpático, mientras las suprarrenales y el timo le excitan. El páncreas y las paratiroides obran de manera análoga sobre el cambio material deteniendo el metabolismo de los hidratos de carbono, de las albuminoides y algunas sales (el páncreas del fósforo y las paratiroides de la cal).

Hay en la tetania paratiroidopríva nefritis tóxica y albúmina. La privación de paratiroides determina en el hígado, según Morel, las mismas alteraciones que la inyección intravenosa de carbonato amónico.

No se ha podido conocer la relación existente entre las paratiroides y las glándulas sexuales. Aunque es evidente la influencia entre aquellas glándulas (paratiroides) y las distintas fases de la maternidad. Estas exigen de las paratiroides mayor actividad que la reclamada por las condiciones habituales de la existencia.

Para explicar la función de las paratiroides se han imaginado innumerables teorías, entre las cuales dos han logrado mayor resonancia, sin que hasta hoy pueda considerarse ninguna como demostrada de modo indudable: I. Liti-teoría de la desintoxicación, que asigna á las paratiroides el papel de neutralizar diversos venenos. II. La teoría de la regularización de las sales de calcio por las paratiroides, imaginada por Mac Callum, según la cual, las paratiroides actúan favoreciendo la retención de aquellas sales que, sin las paratiroides, escapan del organismo produciendo su empobrecimiento calcáreo.

La terapéutica, en casos cuyos síntomas recuerdan ó son producidos por la falta de paratiroides, parece ser la administración de estas glándulas ó su implantación, pero antes nos encontramos con hechos sorprendentes: I. Hay obser-

vaciones que demuestran la favorable influencia de la sustancia tiroidea sobre la tetania. II. La implantación de pequeñas cantidades de tiroides en la medula ósea impide la tetania en los paratiroidoprívos. III. La lesión ósea ejerce la misma influencia en estos casos. Los animales mueren de caquexia tiroopriva. La administración de paratiroides no parece haber producido el efecto que la del tiroides en casos de insuficiencia tiroidea, y sólo la transplantación de glándulas paratiroides cuando se logra mantenerlas vivas, cosa extraordinariamente excepcional, llega á curar los síntomas debidos á la falta de esas glándulas.

*Significación patogenética de las paratiroides para la tetania del hombre.*—En esta parte Guleke describe la tetania humana, con sus síntomas de contracturas musculares (mano del partero de Trousseau), aumento de la excitabilidad eléctrica de los nervios (Erb) y de su excitabilidad mecánica, que determina en la extremidad cuyo nervio se excita, ó comprime la contracción tónica, espasmódica (Trousseau), precipitación de la respiración con irregularidad del ritmo por contracciones tetánicas del diafragma, disnea, cianosis, pulso pequeño y precipitado y temperatura normal ó aumento, excitación del simpático con alteración de los vasos. edema de las manos y de los brazos, reacción anormal á la adrenalina y pilocarpina, contracturas de los músculos ciliares, sudores profusos, etc., y en los casos crónicos los trastornos tróficos, análogos á los descritos en los animales. Este síndrome, de pronóstico poco favorable (apenas cura un quinto de los casos), más común en los meses de Enero á Abril, y en algunos sitios endémico, parece depender en todos los casos de una alteración de las paratiroides.

Hay también una tetania postoperatoria, consecutiva, como es natural, dada la misma causa, á extirpaciones del tiroides, y para evitarlas se recomienda la ligadura de la arteria tiroidea inferior, lejos de las paratiroides, ó en el tronco de la arteria ó dentro del cuerpo tiroides sus distintas ramas, y si aquellas glándulas pueden sufrir por la falta de nutrición, deben ser reimplantadas.

La tetania de la maternidad es también de naturaleza paratiroidopríva, cosa que no puede afirmarse de la tetania infantil ni de la producida en enfermos del estómago é intestinos.

La explicación de la causa de la tetania idiopática en algunas infecciones é intoxicaciones, ha dado lugar á estudios interesantes, todavía sin sancionar de modo definitivo.

La patología especial de las glándulas paratiroides es muy variada; todavía no se ha observado un solo caso de aplasia, que es incompatible con la vida. No hemos de enumerar los casos de hiperplasia, de degeneraciones, de inflamaciones, de trastornos circulatorios y de tumores, entre los cuales los típicos se llaman aquí paraestrumas, porque se haría interminable este trabajo.

Baste decir que el libro puede considerarse como un modelo de vulgarización que acaba con una copiosísima bibliografía donde vemos mencionada la magnífica monografía de nuestro compañero de redacción D. Gregorio Marañón, titulada *Investigaciones anatómicas sobre el tiroides del hombre*, Madrid, 1911.—A. Pulido Martín.

**2. Tratamiento del shock hemorrágico por las inyecciones intravenosas de suero á 55°, por el Dr. Ch. Dunet.**—E autor ha realizado este trabajo fundándose en que como uno de los síntomas del shock es el enfriamiento, un tratamiento racional había de ser el de calentar al enfermo, y para ello le parecía mejor procedimiento la inyección de un líquido caliente por vía intravenosa que difunde antes y se reparte más pronto á todo el cuerpo, que la aplicación exterior del calor.



El primer caso en que el autor se decidió á hacerlo fué uno desesperado en un enfermo que había sangrado durante dos horas después de un traumatismo considerable. La inyección se practicó durante la operación misma y el resultado fué excelente. Después ha hecho estudios investigando la influencia que tienen estas inyecciones sobre la temperatura y sobre el número de glóbulos. La primera al cuarto de hora de la inyección volvió á ser normal y el segundo á los ocho ó diez días. Del conjunto de sus estudios llega á las siguientes conclusiones:

En el torrente circulatorio se pueden inyectar sin peligro ninguno líquidos á temperaturas muy superiores á las del organismo; el límite de la tolerancia se encuentra entre los 70 y los 80°; el dintel de esta tolerancia varía con el sitio donde se practique la inyección; la que se practica en la vena femoral no producirá el reflejo cardíaco con tanta facilidad como la que se dé en la yugular; la temperatura de 55° es preferible á las demás, porque no lleva consigo la destrucción de las sustancias termolábiles. Estas son conclusiones fisiológicas; en cuanto á las terapéuticas son éstas: A consecuencia de una hemorragia grave, no sólo hay disminución de la masa sanguínea, sino también de la temperatura.

El tratamiento clásico, que consiste en restablecer la masa de sangre por la inyección intravenosa de suero y el calor perdido por el calentamiento externo, es malo, porque si la primera se restablece efectivamente, el segundo sólo puede serlo con extraordinaria dificultad; la piel es mal filtro para el calor; sólo deja pasar una pequeña parte del que se utiliza, y mientras se quema al enfermo por fuera, no se consigue calentarlo por dentro. En cambio, mediante la inyección á una temperatura conveniente, se aprovecha toda la cantidad de calor inyectada.

La inyección de suero caliente de que nos ocupamos llena ambas indicaciones simultáneamente. Desde luego que el suero inyectado no restablece por el momento el número de glóbulos perdidos, pero permite la utilización de los que existen. Mediante las inyecciones de suero se consigue una supervivencia considerable, que si se ha restablecido el equilibrio térmico, sirve al organismo para reponer los glóbulos perdidos.

Entre los órganos primeramente inhibidos son las glándulas de secreción interna, por ser de las que más directa relación guardan con el aparato circulatorio, pues estas glándulas recobran también sus funciones en el mencionado espacio libre.

Para terminar cita el autor otro caso en que dos litros de suero á 55° sacaron del coma en que se hallaba á una mujer que había sufrido un accidente con aplastamiento del pie izquierdo y de la pierna derecha. (*Presse Médicale*, 12 de Junio de 1919).

**3 Indicaciones del tratamiento quirúrgico en las afecciones de la glándula tiroides, por el Dr. G. Earl.**— Las manifestaciones patológicas del tiroides no se encuentran solamente en la glándula, sino que deben buscarse en todo el cuerpo.

El autor comprende en el epígrafe de tratamiento médico ó mejor indirecto, todo aquello que no ataca directamente la glándula tiroidea, como la supresión de infecciones, aunque ella requiera un tratamiento más ó menos quirúrgico, la modificación de ambiente, reposo, dieta y medicamentos. La primera regla que se puede dar referente al tratamiento quirúrgico, es la de que no hay prisa ninguna por intervenir y que se puede emplear el tiempo que sea necesario para el estudio de la cuestión. El tiroides está sometido á influencias extrañas, y sirve, algo así, como de barómetro para apreciar el estado de otros órganos del cuerpo.

Cuando da síntomas de enfermedad, debe investigarse el estado de los demás órganos, y si esto se hiciera con cuidado y se suprimiese la causa de la enfermedad, el éxito y la vuelta á la normalidad serían completos en algunos casos, y la necesidad del tratamiento quirúrgico menos frecuente. La época en que se realice la intervención ha de ser seleccionada con esmero. Cuando los síntomas están en vías de aumento, la más insignificante de las intervenciones, como la extracción de un diente cariado, puede ser superior á la resistencia del enfermo.

Los agentes que producen una hiperactividad del metabolismo dan lugar, asimismo, á una hiperfunción tiroidea y también á un aumento en la secreción de suprarrenalina; los síntomas del bocio exoftálmico son los que produce la administración de tiroxina mas adrenalina, mas los de trastorno de algunos órganos, entre los que se encuentran el corazón, el cerebro y el hígado. Por lo tanto, es necesario distinguir los síntomas debidos á hiperfunción del tiroides, de los que dependen de hiperfunción de las cápsulas suprarrenales. El hipersuprarrenalismo ocasiona aumento de oxidaciones, con lo que aumenta la temperatura, aumento de la tensión sanguínea, de la fuerza y frecuencia de los latidos cardíacos, dilatación de las pupilas, sudor, aumento de amplitud de las respiraciones.

Pero ella sola no disminuye el dintel de la excitación del cerebro, ni causa la nerviosidad ni el temblor ni el insomnio. Estos síntomas dependen del hipertiroidismo. Hasta la fecha se ha concedido muy poca importancia á las glándulas suprarrenales, pero Crile ya ha hecho notar la posibilidad de que en el porvenir se funde una cirugía de las glándulas suprarrenales en las afecciones de este órgano. Indudablemente al extirpar un tiroides, cuya función es excesiva, se ha de producir en el organismo un trastorno considerable, pues las otras glándulas endocrinas, acomodadas á la hiperfunción tiroidea han de modificar la suya de modo que compensen aquella hasta el punto que les sea posible. Extirpada, entonces, bruscamente una gran porción del tiroides, la función de las glándulas restantes queda desproporcionada para las nuevas condiciones del metabolismo. Además, no en todos los casos de hipertiroidismo estamos autorizados para extirpar el bocio; hay algunos en que esta hiperfunción forma parte de un síndrome pluriglandular, y otros en que suple la deficiencia de otros órganos. La persistencia en el adulto de un timo muy grueso contraindica la tiroidectomía, porque se producen los síntomas de intoxicación tímica.

Las fiebres agudas producen inflamaciones del tiroides, llegando en ocasiones á la producción del pus. Vincent ha dado el nombre de signo del tiroides á una hinchazón dolorosa de esta glándula que acompaña al reumatismo poliarticular agudo, á la fiebre tifoidea, al sarampión ó á la escarlatina. Parece como que la hiperfunción responde á una necesidad creada por la infección. Aunque pueden influir sobre el tiroides toxinas llegadas de todas las porciones del organismo, más parecen atacarle las procedentes de la cabeza, principalmente las de los dientes, amígdalas y parte superior del aparato respiratorio, porque tienen comunicaciones linfáticas muy directas. El autor ha tenido cuidado en tratar estas infecciones locales y con ello ha conseguido gran mejoría de las tiroideas.

La tuberculosis produce en el tiroides una hiperplasia del tejido conjuntivo, y esta hiperplasia más depende de la acción de las toxinas que de la de los bacilos, pues éstos no se desarrollan bien en el tejido coloideo. En cambio son muy corrientes las alteraciones tiroideas por inflamaciones tuberculosas. Asimismo la tuberculosis produce alteraciones



tiroides funcionales ó anatómicas; entre las primeras están la hiper ó hipofunción, y entre las segundas la hipertrofia y la atrofia. Cuando el tiroides esté hipertrofiado ó su función exaltada para combatir las lesiones tuberculosas de otros puntos del organismo, el tratamiento racional es el de las lesiones causales y no el de la hipertrofia ó hiperfunción defensivas.

Los autores que han estudiado la influencia de los trastornos del tiroides sobre el metabolismo llegan á las siguientes conclusiones.

1.<sup>a</sup> El metabolismo general está aumentado en el hipertiroidismo.

2.<sup>a</sup> Este aumento puede servir de prueba funcional de la actividad tiroidea ó de índice de la intensidad de la intoxicación tiroidea.

3.<sup>a</sup> En varios tipos de bocio tóxico resulta que:

a) El reposo hace disminuir la toxicidad.

b) Los medicamentos asociados al reposo no aceleran esta disminución.

c) La roentgenterapia tiene efecto en unos casos y en otros no.

d) El tratamiento quirúrgico hace decrecer bruscamente la toxicidad, pero hay cierta tendencia á las recidivas.

4.<sup>a</sup> De estos datos se sacan las siguientes conclusiones terapéuticas:

a) Se someterá al enfermo á reposo y radioterapia.

b) Si este tratamiento no basta, se procederá á la intervención, salvo contraindicación.

c) Si después de la operación persistieren los síntomas de la intoxicación, se continuará sometiendo al enfermo á tratamiento. (*Minnesota Medicine*, Agosto, 1919.)

## OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

### 1. Nuevo método de tratamiento de las bartolinitis.

--Hesse y Auer, de Graz (*Derm. W.*, 1918, núm. 48), dicen que hay que distinguir dos clases de bartolinitis: las agudas con dolores é inflamación que conducen á la formación de abscesos y á la perforación, y las más crónicas, en las cuales nunca ó casi nunca hay molestias subjetivas y en las que el único síntoma de la enfermedad consiste en la secreción de un pus amarillo que sale por expresión del conducto secretor de la glándula. Esta bartolinitis crónica es una enfermedad sumamente frecuente y que por su resistencia á curar constituye una seria preocupación para enfermos y médicos. En los casos de abscesos agudos, el único tratamiento es, naturalmente, el quirúrgico. Las bartolinitis crónicas tenían, hasta ahora, como único tratamiento, la inyección á lo largo del conducto secretor de la glándula, con una canulita y una jeringuilla, de algunas gotas de una solución de nitrato de plata ó de protargol. Una terapéutica muy larga y con mucha frecuencia ineficaz. Los autores, en vista de este lamentable resultado, han sustituido las inyecciones en la glándula, por otras inyecciones en el tejido periglandular, é inyectan 1 ó 2 c. c. de una disolución de protargol al 5 por 100, con una aguja muy afilada y con el mayor cuidado, sobre todo en las proximidades del conducto excretor. De ordinario se presenta una hinchazón que desaparece comúnmente á los pocos días y algunas veces es preciso repetir la inyección. Sobre todo cuando no se ha producido una reacción inflamatoria en las primeras inyecciones. Los resultados son buenos.

## ENDOCRINOLOGÍA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Las glándulas suprarrenales en las quemaduras superficiales mortales, por el Dr. Weiskotten — En varias autopsias de sujetos muertos á consecuencia de quemaduras superficiales extensas, ha encontrado el autor lesiones, en distinta medida, las glándulas suprarrenales. Probablemente se trata de una de tantas reacciones de estos órganos ante un proceso tóxico (toxinas específicas originadas en la zona quemada). De todas suertes esta lesión suprarrenal explicaría algunos de los síntomas graves de estos accidentes (hipotensión, astenia). (*Journal of American Medical Association*, 1917)

## NEUROLOGÍA EN LENGUA EXTRANJERA

1. La meningitis cerebro-espinal epidémica: anomalías clínicas, asociaciones microbianas. — La señorita Ana M.<sup>a</sup> Servais ha dedicado su tesis doctoral de la Facultad de Medicina de París á tema tan interesante. Sus observaciones están hechas sobre sesenta enfermos de meningitis cerebro-espinal epidémica observados durante el año 1917 en el hospital Claudio Bernard, en el servicio del Dr. Milhit.

En la introducción el autor recuerda que en la primera época, luego del descubrimiento de Dopter y de Flexner, la evolución de los casos de meningitis cerebroespinal epidémica era favorable después de la aplicación del suero específico. Más tarde, cuando la bacteriología del meningococo fué mejor conocida, la preparación de sueros polivalentes proporcionó todavía mejores resultados.

Y sin embargo, el empleo sistemático del suero polivalente no ha impedido que durante los últimos años evolucionaran de un modo particularmente grave ciertas meningitis cerebroespinales epidémicas.

Llama la atención igualmente la frecuencia de formas clínicas anómalas de las que está llena la literatura de guerra. Todos estos elementos justifican con exceso que la abundante experiencia clínica de la señorita Servais haya sido motivo de su tesis doctoral.

En la primera parte de su trabajo estudia veinte casos de meningitis cerebro-espinal epidémica que han evolucionado según el tipo clásico. Lo más interesante de tales observaciones es la eficacia siempre brillante de la sueroterapia. Salvo cuatro enfermos que no han permanecido más allá de veinticuatro horas en las salas (lo que da una mortalidad de un 20 por 100), los otros han mejorado rápidamente; luego de la primera inyección los microbios disminuían de número, luego de la segunda desaparecían, después de la cuarta y de la quinta la fórmula citológica del líquido cefalorraquídeo marchaba hacia la normalidad, ya que los polinucleares eran sustituidos por los linfocitos.

Por lo demás, la conclusión de las fuertes dosis de suero es ya de conocimiento vulgar. Más interés tiene el hecho de la eficacia de la intervención terapéutica aun siendo tardía. Es curiosa la observación del herpes típico en el conducto auditivo externo; también tiene valor la circunstancia observada de la no purulencia del líquido cefalorraquídeo en estos casos de meningitis cerebroespinal epidémica evolucionando de modo típico.

La segunda parte del trabajo está dedicada al estudio de las formas anómalas de meningitis cerebroespinal epidémica, caracterizadas, especialmente, por la frecuencia de las recaídas y por la reactivación de abscesos cerebrales, unas veces creados enteramente por la meningitis, y otras veces exaltados en su primitivo germen por la infección meningocócica.



En el primer grupo hay una observación interesante de un caso en que á los siete días de una aparente mejoría, siendo el líquido cefalorraquídeo completamente amicrobiano, se produjo una recaída de fatal desenlace. La autopsia, sin embargo, reveló la existencia de gérmenes en los ventrículos: se trataba de un acantonamiento bacteriano sin pioencefalia.

En un segundo caso también terminado por la muerte, la recidiva se inició con una roséola, acompañada de fenómenos graves de septicemia, que denotaban bien claramente una meningococcemia consecutiva á una meningitis. Con ello queda probada la posibilidad de la marcha de la infección en los dos sentidos opuestos: de meningococcemia á meningitis, y de meningitis á meningococcemia.

La forma de recaídas puede revestir un tipo leve, dando lugar á un curso clínico pseudopalúdico.

El autor sustenta su teoría del acantonamiento microbiano para explicar con ella la marcha fatal y agudísima de la infección en ciertos casos en los que la ruptura de este acantonamiento originaría una siembra en masa en todo el líquido cefalorraquídeo, dando lugar á lo que Achard ha llamado una vómica raquidiana.

Los casos de abscesos de cerebro recalentados por la meningitis también son altamente instructivos. Un hombre afecto de encefaleas desde la infancia y hoy bastante mejorado, se siente bruscamente empeorado de sus síntomas: Kernig, Bruzinski positivos. Líquido cefalorraquídeo con polinucleares y meningococos. Tratamiento sérico instituido rápidamente, con mejoría inmediata. Quince días de aparente remisión de los síntomas; después escalofrío violento, vómitos, convulsiones, pérdida de conocimiento. Líquido cefalorraquídeo purulento con abundantísima y variada flora. Muerte á las seis horas. En la autopsia absceso en el lóbulo frontal, con membrana piogénica clara, destrucción de una parte de la lámina cribosa del etmoides y amplia comunicación del foco con el seno del lado derecho.

De esta historia clínica se deduce claramente la existencia en el enfermo de brotes inflamatorios subagudos en relación con un proceso sinusal. Avanzando las lesiones llegaron á constituir una verdadera sinusitis purulenta que determinó por contigüidad un absceso enquistado del lóbulo frontal. La meningitis cerebroespinal epidémica se injertó como un proceso sobreañadido y evolucionó de modo autónomo, pero reactivó el absceso y mató al enfermo.

Otros dos casos como este aduce el autor en su experiencia. Pero también las lesiones no encefálicas pueden ser activadas por una meningitis cerebroespinal epidémica intercurrente: un caso de antigua tuberculosis testicular más tarde prostática y por último, aunque silenciosa, renal que inactivada duerme hasta el momento en que la despierta una meningitis y determina una nefritis aguda difusa de tipo hemático que mata al enfermo, constituye una excelente prueba.

El autor estudia luego las formas purpúricas de la meningitis cerebroespinal epidémica tan frecuentes durante el invierno del 16 al 17 como ha hecho notar Netter.

Lo más interesante de estos hechos es que el meningococo, cuya existencia puede fácilmente comprobarse en la sangre de los enfermos y hasta en las manchas purpúricas, puede dejar clínicamente libres las meninges. Tales casos son habitualmente de un término fatal. Es curiosa la coexistencia frecuente de iridocyclitis señalada por otros autores como frecuente complicación de las meningococcemias. Las meningitis cerebro espinales asociadas (meningococos y neumococos) son objeto de un interesante capítulo.

La rareza de esta complicación en la que el neumococo

exalta la virulencia del meningococo, se había establecido como regla general. Sin embargo, en el primer semestre de 1917 los casos de meningitis neumomeningocócicas han empezado á ser denunciados por todas partes en Francia. El autor ratifica en su experiencia once enfermos, en los que todas las variedades clínicas pudieron encontrarse; unas veces se trata de individuos que convalecientes de su meningococcia sufren una neumococcemia, primitiva ó secundaria, con ó sin otros focos de localización (pulmonares, sinusales, etc.); y sucumben á una meningitis, cuya bacteriología demuestra la asociación de gérmenes virulentos en el líquido cefalorraquídeo; otras veces la infección meníngea es doble desde el principio. El autor se pregunta la causa de la inusitada frecuencia con que, contraviniendo la regla clásica, el neumococo ha podido complicar el curso de la meningitis cerebroespinal epidémica, y encuentra la explicación en la innegable exaltación de la virulencia del neumococo, acusada como genio epidémico en Francia durante todo el año 1917; también el personal de asistencia puede contribuir á la frecuencia de la complicación por existir en él pequeñas infecciones neumocócicas (anginas, etc.), que le convierten en focos de contagio.

El autor dedica, por fin, la última parte de su trabajo á algunas consideraciones profilácticas y terapéuticas, en las que insiste en primer lugar en el aislamiento de los enfermos para evitar las infecciones secundarias; en segundo término, en los peligros de la anafilaxia para el tratamiento de las formas recidivantes y de las infecciones asociadas, y preconiza, por último, para los casos de pequeños focos acantonados, la raquicentesis alta de Cantas ó la punción del ventrículo, según una técnica muy precisa que le ha sido sugerida por Villandra.

Las conclusiones sintetizan lo más interesante de un trabajo tan completo y tan digno de ser conocido.—*Banús.*

## APARATO DIGESTIVO

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Contribución al estudio de la fisiología patológica de la inervación gástrica, por el Dr. Ph. Klee (1.<sup>a</sup> comunicación: el reflejo del vómito).—Excitando en el cuello el neumogástrico no cortado de un gato privado de cerebro se produce el vómito. Dicho vómito, provocado por el neumogástrico, que tiene lugar en cuatro tiempos (obstrucción del píloro, inhibición total del peristaltismo, contracción de la porción prepilórica con plenitud del fondo mayor, abertura del cardias y repleción del esófago), cesa con la sección de los espláncicos ó de la médula espinal cervical. Seccionados los espláncicos en ambos lados, el estómago ya no reacciona con vómitos á la excitación en el cuello del vago no cortado, sino con aumento de los movimientos peristálticos, dirigiéndose hacia el intestino. La sección del frénico no basta por sí sola para impedir el vómito, pero le retarda porque hace necesaria una mayor repleción del esófago para que se verifique. (*Deutsches Archiv für Klinische Medizin*, tomo 128, núms. 3 y 4.)

## UROLOGÍA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Manual Práctico de análisis de orinas, por E. Delgado médico del Cuerpo de Sanidad Militar.—Hemos recibido un libro sobre análisis de orinas, publicado en Santa Cruz de Tenerife por el Dr. Delgado, del Cuerpo de Sanidad Militar. Es una obra digna de consideración, en donde exponen con claridad doctrinas sobre fisiología y patología de la orina y métodos para su análisis utilizando los más



sencillos para que puedan ser repetidos por cualquier práctico sin necesidad de gastos grandes ni de preparación especializada.

La tendencia y el conjunto del libro nos agradan; nos permitimos sólo, por el interés que en nosotros despiertan estas publicaciones, recomendar al autor la inserción en las ediciones que han de seguir á ésta, de métodos que ya tienen la autoridad de clásicos y figuran en todos los libros modernos, como por ejemplo, el método de la ureasa para la determinación de la urea, mucho más sencillo y más exacto que el arcaico del hipobromito y el método de la fenolsulfomptaleína, que con el del indigo-carmin, que cita, han sustituido al del azul de metileno, para estudiar las eliminaciones coloreadas.—M. T. Río.

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**2. Algunas observaciones acerca del diagnóstico y pronóstico de los epitelomas del glande, por el doctor L. M. Betances.**—Se observan á menudo en el glande lesiones que parecen benignos papilomas y que no son sino la fase inicial de un epiteloma. Por eso cuando no ceden al tratamiento corriente se debe practicar la biopsia. Presenta el autor tres casos muy semejantes. Se trataba de sujetos que desde más de dos años antes se habían apercibido de un botón rojo que presentaban en el glande, pero que no les causaba molestia alguna. Sobresalían muy poco del nivel de los tejidos sanos, eran rojas, lisas, ligeramente húmedas y brillantes dos de ellas, seca y mate la tercera. No tenían úlceras ni excoriaciones, no habían sangrado nunca. Cogidas entre el pulgar y el índice se apreciaban en ellas cierto empastamiento. Ninguno de los casos presentaba el más ligero indicio de infarto ganglionar. Hecha una biopsia del primer caso no se encontró estructura epiteliomatosa típica, sino algo que más bien parecía un papiloma, un tumor benigno. Había hipertrofia del tejido conjuntivo, dilatación vascular, las paredes de dichos vasos eran normales, el dermis no estaba infiltrado, no había células en mitosis. Sin embargo esta estructura no es la de un papiloma típico vulgar. Por otra parte, no sólo no ha respondido al tratamiento correspondiente, sino que incluso ha aumentado.

No parece probable que sea tal papiloma simple, pero tampoco es un epiteloma franco; corresponde tal vez á un período preepiteliomatoso ó preleucoplásico. En el segundo caso la biopsia puso de manifiesto una hipertrofia del tejido epitelial, descansando sobre una base inflamatoria; en tal concepto esta neoplasia puede ser considerada como un epiteloma. No puede ser catalogado entre los papilomas típicos porque en éstos las células epiteliales tienen una disposición normal y en cambio en el caso observado emitían prolongaciones que penetraban en el dermis; en cambio las papilas sólo están revestidas por un número muy exiguo de capas de células; en el tercer caso hay nódulos de células epiteliales anárquicamente dispuestos en el espesor del dermis, capa córnea neoformada, vasos sanguíneos dilatados é infiltrados; hay también globos epidérmicos. Se trata de un epiteloma pavimentoso malpighiano, profundo é invasor.

He aquí, pues, tres casos que macroscópicamente parecían idénticos y que por el análisis histológico se han podido identificar, cosa que, de lo contrario, hubiese sido imposible. En cuanto á la índole benigna ó maligna de estas lesiones los dos primeros enfermos han desaparecido; el tercero, en vista de que su lesión aumentaba, se hizo practicar una intervención quirúrgica, en la cual se le amputó la mitad del glande que contenía el cáncer, y á pesar de esto, al medio año sufría una epitelomatosis ganglionar. La estructura del primer caso no era la de un proceso maligno, pero su aspecto leucoplásico y la desproporción que existía entre el des-

arrollo del epitelio y el del tejido conjuntivo, hacen guardar la más absoluta reserva acerca de la evolución posterior del caso. Los caracteres de la hipertrofia epitelial en el segundo caso y el aspecto de irritaciones que presenta todo el tejido conectivo, hacen que se le considere más aún como maligno. En cuanto al tercero, tiene el aspecto evidente de un epiteloma maligno. (*La Presse Medicale*, 12 de Junio de 1919.)

**3. La albuminuria y la hemoglobinuria a frigore, por el Dr. H. Strauss.** Ya es sabido que dos de las principales acciones del frío sobre el organismo son la albuminuria y la hemoglobinuria. La primera se produce mediante el aparato circulatorio, bien por espasmo arterial, bien por hipermia venosa metaespasmódica. En cambio la segunda, mediante una hemólisis, en cuya producción parece intervenir también la lues en la mayoría de los casos. Esta hemólisis es un amboceptor que tiene la particularidad de no fijarse en los glóbulos rojos, sino cuando el organismo se encuentra sometido á la acción del frío. Esta distinción es muy importante para el pronóstico y para el tratamiento, porque al paso que la albuminuria representa un proceso ligero y transitorio que no deja señal ninguna en el riñón, la hemoglobinuria tiene lugar mediante una acción más complicada. Más difícil es de responder la pregunta de si hemoglobinurias frecuentes con las albuminurias consecutivas son igualmente inofensivas para el riñón. El autor relata un caso tratado por él.

Se trata de un sujeto que á los diez años sufrió un enfriamiento y varias horas después orinó sangre; desde entonces todos los años en la estación fría y húmeda tiene accesos típicos de hemoglobinuria paroxística. Reconocido este enfermo unos días después del último acceso no se le encontró sino un refuerzo del segundo tono aórtico y una hipertensión que alcanza 160 milímetros Hg. Del análisis de la orina resultó que salvo la eliminación anormal de hemoglobina no había ninguna otra anomalía. Este examen funcional hace creer que la enfermedad de que se trataba en este caso no era una nefritis, sino una esclerosis renal de origen vascular, y la causa de tal esclerosis la atribuye más el autor á la lues ó á los accesos repetidos que á las lesiones locales.

De aquí que aunque el mecanismo por el cual se produce la hemoglobinuria sea distinto del que ocasiona la albuminuria, puede aquel pasar sin dejar en el riñón huella alguna como le sucede á éste. El caso citado padecía su enfermedad desde veinte años antes. Tanto la albuminuria a frigore como las consecutivas al cansancio y las ortostáticas son respecto á la albuminuria nefrítica lo que la glucosuria alimenticia respecto á la diabética. La causa de la mayoría de las albuminurias transitorias citadas está en la coincidencia de un factor histológico y otro circulatorio.

El primero puede ser bien una debilidad del órgano que se manifiesta por la tendencia á la producción de la albumina (forma nefrasténica), bien en una enfermedad ya existente de la glándula, pero tan ligera que no basta por sí sola para ocasionar la albuminuria (forma nefropática). La terapéutica se ocupará, no sólo de corregir la deficiencia del riñón, sino también los trastornos circulatorios. En cuanto á los procedimientos de que debe valerse son todos aquellos que fortifiquen la circulación renal, aun cuando al principio de aplicarlos causen una albuminuria pasajera en individuos que ya se veían libres de ella. Singularmente la marcha rígida y metódica como la de los soldados, aunque sin llegar al cansancio, es de gran utilidad. Este tratamiento debe ser empleado más á menudo de lo que hasta ahora lo viene siendo, si bien atendiendo en cada caso á las condiciones particulares y dosificando el ejercicio en armonía con ellas. (*Zeitschrift für Physikalische und Diätetische Therapie*, tomo XXIII, Junio y Julio 1919.)



# EL SIGLO MÉDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL:

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

### Boletín de la semana.

#### Las cuestiones del día.

En dos grupos podemos concretar las cuestiones que vivamente preocupan, ó al menos, deben preocupar á la opinión profesional y á la previsión del Gobierno. Son estos dos grupos, el representado por los trabajos y la aspiración reformista de lo que ha de ser permanente en la vida sanitaria de España, y el representado por las cuestiones accidentales y apremiantes que salen al paso á cada momento, demostrando la urgencia de proceder á la resolución de las primeras, dentro de moldes y principios á un mismo tiempo durables y equitativos.

Como era de prever y como desde hace mucho tiempo venimos anunciando, las cuestiones incidentales se han amontonado al paso de las permanentes y que pudieran llamarse constitucionales, y si bien podrán tener la ventaja de provocar soluciones más inmediatas, persuadiendo á nuestros políticos de la importancia y agudeza de los problemas, tendrán, en cambio, el inconveniente de que las resoluciones, por precipitadas y casuísticas, no llegarán á ser satisfactorias ni menos estables para nosotros, ni decorosas para las autoridades á quienes se impone con agudeza de protesta una realidad que debieran tener aprendida, y á cuya obediencia era lógico que se hubiesen sometido tiempo ha, si son dignas de ser tales autoridades.

Puntualicemos: Mientras en el Ministerio de la Gobernación el Sr. Burgos y Mazo dá muestras de innegable buena voluntad escuchando y argumentando durante horas y horas con las personas que cree que pueden ilustrarle en la preparación de sus proyectos gubernativos y parlamentarios, la realidad urgente se impone de modo rápido, ya que no inesperado, pidiendo solución inmediata á lo que esa misma realidad presenta como más inmediato y necesario. Mientras se arreglan los planes para que aparezcan en la *Gaceta* los unos y sean los otros examinados y discutidos por el Parlamento, surge el conflicto de que al cerrar nuestro número anterior dimos cuenta á nuestros lectores: El Ayuntamiento de Jerez, que se había acomodado al hábito de no pagar sus atenciones de beneficencia, y que ahora cree resolver el asunto dimitiendo su re-

presentación, como si no supiera cuando tomó posesión que el abuso existía, y como si no hubiese aceptado voluntariamente su continuación, ese Ayuntamiento se encuentra sorprendido por la actitud resuelta de sus funcionarios á no continuar pres-tándoles sus servicios si él no satisface sus honorarios. A 125.000 pesetas dicen los periódicos de noticias que alcanza el débito del tal Municipio. Y se sorprenden los ediles de que haya llegado á término la paciencia de los médicos jerezanos! ¡Quisiéramos nosotros saber qué harían el señor alcalde y los concejales de Jerez si á ellos personalmente les debieran sus renteros ó sus clientes una cantidad análoga, representativa del sustento de su vida y de la de sus familias!

Lo verdaderamente estupendo en este caso es que todavía no hayamos oído sonar la palabra desobediencia y responsabilidad en ninguno de los periódicos que de este asunto vienen ocupándose. Sobre este punto nos permitimos llamar la atención del Sr. Burgos y Mazo. Un Ayuntamiento que viene sosteniéndose desde hace dos años en abierta desobediencia é incumplimiento de las reales disposiciones dictadas para evitar conflictos como el en que el de Jerez y muchos otros se encuentran, no tiene el derecho de salir del paso presentando la dimisión y yéndose á su casa. El Sr. Burgos Mazo, de cuya rectitud nunca hemos dudado y cuya laboriosidad nos consta, es de suponer que habrá estudiado el asunto, y por lo tanto, habrá visto que dado el decreto de Abril de 1917, refrendado por el señor Ruiz Jiménez, y la Real orden de este año del señor Gimeno, los Ayuntamientos que no hayan obedecido las claras y precisas disposiciones de ambos han incurrido en palmario delito de desobediencia y de responsabilidad, casos perfectamente previstos en la ley Municipal vigente.

Es necesario que ahora que tanto se habla de autonomía municipal y en que con tanta facilidad se incurre por los políticos distraídos en la concesión de este término en sus programas, mientras que la práctica y los hechos se encargan de demostrar lo que sería la tal autonomía, es necesario que el Poder público y ejecutivo del Estado enseñe á los Ayuntamientos que sus órdenes y disposiciones no son pura literatura de la *Gaceta*. Ya los tribunales de



justicia lo han declarado así y el Sr. Burgos y Mazo tiene ocasión ahora de demostrar que su buena voluntad es al propio tiempo que buena, firme y decidida.

A nuestro juicio el conflicto de Jerez (que es el conflicto de centenares de Ayuntamientos en España) tiene una solución equitativa, decorosa y que sería recibida con aplauso por todos los amigos de la justicia.

Puesto que el pago directo por el Estado es medida que *para los médicos* es necesario que tenga carácter legislativo y que por el Parlamento sea aprobada;

Puesto que las disposiciones regulando el pago de las atenciones sanitarias, á que antes hemos hecho referencia, se encuentran *vigentes de toda vigencia y el no acatarlas es caso evidente de desobediencia;*

Puesto que el actual ministro de la Gobernación ha declarado ante una Comisión de personas serias su propósito de aceptar el procedimiento del pago directo, según en la ponencia *ad hoc* se le pedía, puede el señor Ministro de la Gobernación por medio de un Real decreto y pidiendo el crédito necesario, proceder al pago directo de los débitos de los Ayuntamientos que se encuentren actualmente en descubierto, procediendo además por vía de sanción punitiva á su cobro por apremio de los referidos Ayuntamientos. De esta manera se resolvía el conflicto actual con arreglo á los convencimientos de todos y se dejaba el plazo para que las Cortes decidieran de un modo definitivo sobre el problema en conjunto. Esto se nos ocurre y á esto creemos que debiera unirse la demanda general de los médicos, que, como los de Jerez, se encuentran desatendidos en los municipios donde prestan sus servicios resignadamente.

No somos ni podemos ser sospechosos en punto al consejo de actitudes violentas, de protestas airadas y de consejos que pugnan con los sentimientos de humanidad de nuestra heroica y resignada clase; pero llegadas las cosas al punto á que han llegado, creemos que nadie podrá tachar de improvisada, de precipitada y de no explicable la actitud del Cuerpo médico dando calor y apoyo á las justificadas demandas de los que se ven absolutamente desatendidos en medio de un concierto de exigencias, las más veces satisfechas, de todas las demás clases sociales.

DECIO CARLAN

## ACTA

DE LA SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 6 DE SEPTIEMBRE DE 1919, POR LA COMISIÓN MÉDICA DESIGNADA POR EL EXCMO. SR. MINISTRO DE LA GOBERNACIÓN, PARA INFORMAR EN LOS PROYECTOS DE REFORMAS SANITARIAS.

En Madrid, á las diez y ocho horas del día 6 de Septiembre de 1919, reuniéronse en el despacho oficial del señor ministro de la Gobernación, y bajo la presidencia del Sr. Burgos Mazo, los Sres. Cortezo, Pulido, Francos Rodríguez, Martín Salazar, Romero, Call, Ballesteros y Albiñana.

Abierta la sesión, dióse lectura al acta de la anterior, siendo aprobada. Usó de la palabra el Sr. Francos para manifestar que, á su juicio, el señor ministro no necesitaba de la colaboración de los concurrentes, pues además de su vasta cultura, en el Ministerio mismo hallaría todos los antecedentes y datos necesarios para llevar á cabo las reformas proyectadas.

El Sr. Burgos agradece la manifestación del Sr. Francos é insiste en la conveniencia de que dichas reformas nazcan asistidas del apoyo de personas técnicas de distintas procedencias.

El Sr. Cortezo, en extensas consideraciones de orden político y administrativo, expone su creencia de que la moción del ministerio de Sanidad tropezaría con dificultades en la práctica, siendo una de ellas la inestabilidad, debida á los frecuentes cambios políticos, por cuya causa podría esterilizarse la acción de dicho Ministerio.

Manifiesta el Sr. Burgos que las actuales circunstancias no las estima propicias para establecer el nuevo Ministerio y que, aunque partidario de la mayor perfección y eficacia en la alta dirección sanitaria, tiene que ajustarse á las exigencias de la realidad. Acepta la idea de instituir la Dirección general de Sanidad, técnica é inamovible y despachando directamente con el ministro.

El Sr. Pulido relata las vicisitudes porque ha pasado dicha Dirección, recordando la escasa atención que mereció de algunos ministros.

El Sr. Francos afirma que la profunda transformación que con motivo de los recientes acontecimientos mundiales están sufriendo los organismos é instituciones políticas de todos los Estados, repercutirá tarde ó temprano en nuestra Nación, sobreviniendo una irremediable reforma de los órganos de Gobierno. Entonces vendrá como solución natural una nueva constitución de departamentos ministeriales, desorientándose algunos servicios que hoy no tienen razón de existir en los ministerios donde radican y formando organismos aparte. Entre ellos podía figurar el Ministerio de Sanidad, reclamado por la opinión misma, convencida de su necesidad y habrán desaparecido las dificultades que hoy se oponen á su creación. Estima que con la conversión en ley de la actual Instrucción general de Sanidad, se conseguirá, por ahora, una excelente constitución sanitaria.

El Sr. Martín Salazar opina que hay que dar al Parlamento facilidades para una obra sanitaria, á fin de que apruebe una ley de esta índole con la misma facilidad que aprobó la ley de epizootias.

El Sr. Call habla de la organización provincial, lamentándose del poco apoyo que algunas autoridades gubernativas prestan á las iniciativas de los inspectores. Recuerda su idea de la cédula vacunatoria, como indispensable para toda tramitación y despacho de asunto oficial, y que al fin pudo ver lograda por la tenacidad del gobernador Sr. Romeo, que vacunó á toda la provincia de Madrid. Deduce el orador, que



los inspectores de Sanidad pueden hacer mucho si se ven apoyados por la autoridad gubernativa.

El Sr. Ballesteros abunda en la misma opinión y afirma que hay que dar al inspector fuerza ejecutiva.

Contéstale el Sr. Cortezo diciendo que este extremo está contenido desde 1904 en la Instrucción general de Sanidad y que si no se cumple es porque ésta no tiene fuerza de ley.

El Sr. Albiñana da lectura á la ponencia que, acerca de la *organización sanitaria*, ha redactado juntamente con los Sres. Cortezo y Call.

En lo referente á la organización central, los Sres. Burgos, Cortezo y Francos insisten en sus respectivos puntos de vista, ya expuestos, con respecto del Ministerio de Sanidad.

El señor Ministro ofrece llevar á los próximos presupuestos la creación y dotación de la Dirección general de Sanidad; pero advierte que ésta no podrá obrar con la absoluta autonomía que en la ponencia se propone, pues siendo el Ministro responsable de todos los servicios, no puede asumir dicha responsabilidad, si no tiene directa intervención en todos ellos. Ofrece, sin embargo, que esta Dirección, como técnica, disfrutará de la mayor independencia posible.

El Sr. Romero pregunta si en los establecimientos sanitarios señalados en la ponencia, están comprendidos los de Sanidad exterior.

El Sr. Cortezo contesta satisfactoriamente á este extremo.

En lo relacionado con la organización provincial, todos los reunidos se muestran conformes con lo propuesto en la ponencia.

Al llegar á los inspectores de distrito, el Sr. Burgos cree que no son indispensables en esta organización, pues existiendo una cabal compenetración y dependencia entre los inspectores provinciales y municipales, huelga todo otro eslabón intermedio, innecesario en la cadena administrativa sanitaria.

En lo que respecta á la organización municipal, todos los presentes acogen con entusiasmo la propuesta de que los actuales médicos titulares sean convertidos en inspectores municipales, con un haber, pagados directamente por el Estado.

El Sr. Burgos hace especial hincapié en este extremo, ensalzando la labor que realizan los titulares, á la cual dedica sentidas y elocuentes frases; insiste en su propósito decidido de llevar al próximo presupuesto la consignación necesaria para el pago de estos haberes, de los cuales se reintegrará el Estado por un procedimiento análogo al establecido con los funcionarios de Prisiones, manifestaciones que fueron muy elogiadas por los reunidos.

Los Sres. Pulido y Francos anuncian que tienen terminadas las ponencias que les fueron encomendadas. Como por lo avanzado de la hora no es posible examinarlas en esta sesión, el Sr. Burgos propone, y así se acuerda, volver á reunirse el próximo día 13 del corriente.

Después de este acuerdo, el señor presidente levanta la sesión, á las veinte horas y cuarenta y cinco minutos...

De todo lo cual, yo como secretario, certifico.

Madrid, 13 de Septiembre de 1919.—V.º B.º: *Manuel de Burgos Mazo*, presidente.—*Dr. José María Albiñana Sanz*, secretario.

## LOS NUEVOS POBRES EN ESPAÑA

Después de haber explotado durante largos meses el tipo del «nuevo rico», los psicólogos parisienses comienzan á no-

tar que junto á ese *parvenu* de la guerra existe otro personaje muy digno también de estudio, que se llama «el nuevo pobre»... Pero como este último no sirve para hacer reír en las comedias, ni para llenar páginas en las revistas de caricaturas, ni para inspirar bromas en el café, su suerte es menos envidiable, desde el punto de vista de la popularidad, que la de su enemigo el nuevo rico.

¡El nuevo pobre...! ¿Os figuráis que este personaje lamentable pertenece á la clase proletaria, en nombre de la cual se agita el mundo...? ¡Ah, no...! La clase proletaria es, hoy por hoy, según la opinión de los mismos socialistas, la que menos puede quejarse. «Una obrera de fábrica en París —escribe el diputado Brousse— que antes llevaba medias de algodón de dos francos, se creería deshonrada si no usase medias de seda de ocho duros y zapatos del doble.» Personalmente, yo, lejos de protestar contra tal estado de cosas, lo celebro de todo corazón. La sopa de gallina universal soñada por Enrique IV puede muy bien complicarse de medias de seda obligatorias... Pero lo triste es que mientras las «clases pobres» de ayer se enriquecen, las antiguas «clases acomodadas» se hallan en vísperas de pedir limosna.

Y no se trata únicamente de unos cuantos millares de familias que viven de retiros ó de pequeñas rentas. Francia, cuya fuerza de resistencia residía en esos innumerables burgueses económicos que vivían con la mitad de lo que ganaban como empleados, como tenderos, como propietarios, como industriales, ve ahora á una cuarta parte de su población total en tan triste situación, que teme un cambio completo en su existencia nacional. Las economías, en efecto, han desaparecido. Las rentas han perdido mucho de su valor. Las pequeñas propiedades no producen ya ni para pagar los impuestos... En suma, 10.000 médicos se quejan de que la guerra los deja en la miseria.

Un parlamentario, M. Merlin, divide la población actual de Francia (1) del modo siguiente:

Primero. Los felices y los favorecidos, nuevos ricos en su mayoría.

Segundo. La clase obrera que puede vivir con holgura gracias á los aumentos de salario.

Tercero. Los nuevos pobres, que son: los médicos, los artistas, los periodistas, los pequeños rentistas, los jubilados, los caseros modestos y los dependientes... Esta categoría comprende más de nueve millones de individuos.

Así, pues, para compensar el enriquecimiento súbito de unos cuantos millares de especuladores, la cuarta parte de la población francesa se halla en la miseria. Y lo de miseria no es una exageración. Tan no lo es, que el diputado Brousse acaba de presentar un proyecto de ley pidiendo que se concedan socorros urgentes á los innumerables miembros de las clases que ya sólo por ironía pueden llamarse acomodadas...

E. GÓMEZ CARRILLO

## Sección oficial.

### MONTEPÍO FACULTATIVO

SECRETARÍA GENERAL  
ANUNCIO DE PENSIÓN

Dña María de los Angeles Baliño y Picazo, huérfana de la pensionista Dña Pilar Picazo, solicita pensión de orfandad.

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

Madrid, 25 de Agosto de 1919.—El secretario general,  
*Marín.*

1

(1) Bien puede decirse España, (N. de la R.).



## REGYL

Regulador del estómago.

**GASTRALGIAS -  
DISPEPSIAS**



A base de Peróxido de Magnesio y de Fluoruro de sodio orgánicos.  
UN COMPRIMIDO DESPUÉS DE CADA COMIDA

**LABORATORIO FIEVET.-53, Rue Réaumur.-PARIS**

Muestras y literatura: Agente General,  
**FRANCISCO CASAS.-Mayor, 10, MADRID**

Dr. P. ANDREU LLOBERES  
Conde del Asalto, 58  
— BARCELONA —

**EXTRACTO  
DE MALTA**

# "EUMALT"

ACEPTADO POR R.O. DEL 2 ABRIL 1913 EN LOS HOSPITALES MILITARES

**SIMPLE**  
CON HIPOFOSFITOS  
CON HEMOGLOBINA  
CON PEPSINA Y PANCREATINA  
CON YODURO FERROSO  
CON ACEITE HIG. BACALAO  
CON ACEITE HIG. BACALAO E HIPOF.



**DIPLOMA  
DE MÉRITO**  
2.º Congreso de Médicos de  
la lengua catalana  
Júlio, 1917.



## MORRHUËTINE JUNGKEN

SUBSTITUYE CON VENTAJA AL ACEITE DE HÍGADO  
DE BACALAO Y A SUS EXTRACTOS Y EMULSIONES

Por cucharada sopera. { Yodo metálico. . . . . 0'015 gr.  
Hipofosfitos (CaO. NaO. Quinina). . . . . 0'15 gr.  
Fosfato de sosa puro. . . . . 0'15 gr.  
A base de **GLICERINA PURA**

SABOR AGRADABLE • DIGESTIÓN PERFECTA

**EL TÓNICO DE LA INFANCIA**

Adenopatías, Escrófula, Linfatismo, Amenorreas y Dismenorreas,  
Nerodisidias, Estados profuberculosos, Convalecencias, Azaña, etc.

Muestras gratis al Cuerpo Médico

**LABORATORIO MIRABENT, Provenza, 290. - BARCELONA**

TRATAMIENTO  
DE LA CLOROSIS Y DE  
LAS ANEMIAS

# Suero Ferruginoso Fraise.

A base de cacodilato  
de hierro, estricnina y  
glicerofosfato de sosa.

1.º EN AMPOLLAS

Conteniendo 0,01 gramo de cacodilato de hierro, 1/2 miligramo de estricnina y 0,10 gramos de glicerofosfato de sosa por centímetro cúbico.

**Caja de 12 ampollas, 4,50 pesetas.**

2.º EN GOTAS (para vía gástrica.)

Dosis: 25 á 30 gotas al día.

**Frasco: 4 pesetas.**

Envío gratis de muestras á  
los señores médicos.

**MARIUS FRAISSE**

Farmacéutico.  
85, Avenue Mozart, París.



El Antiséptico más poderoso — No es Tóxico

# ANIODOL

Previene y Cura todas las Enfermedades Infecciosas y Contagiosas.

## ANIODOL EXTERNO

LLAGAS de toda especie, Quemaduras, Pícdas; Enfermedades de la VISTA y de la PIEL

INDISPENSABLE para el ASEO ÍNTIMO

Suprime todos los Achaques periódicos, previene y cura las Enfermedades de la Mujer.

## DESODORIZANTE MARAVILLOSO

DOSIS | 1 a 2 cucharadas grandes en un litro de agua, para cualquier uso externo.  
Al interior: 50 a 100 gotas de Aniodol interno en una taza de tisana después de las comidas.  
Noticia Sociedad del ANIODOL, 40, Rue Condorcet, PARIS y todas Farmacias.

## ANIODOL INTERNO

El Desinfectante más poderoso

1º del TUBO GASTRO-INTESTINAL:  
Enteritis, Diarreas, Fiebre tifoidea, Cólera infantil, Disenterias, Fiebres.

2º de las VÍAS RESPIRATORIAS:  
Gripe, Resfriados, Bronquitis, Catarros.

Tratamiento racional e higiénico del ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

por la

# THAOLAXINE

ESCAMAS — CACHETS

COMPRIMIDOS — GRANULADO

Producto exclusivamente vegetal, compuesto de AGAR-AGAR Y EXTRACTOS DE RHAMNACEAS

REGULADOR DE LAS FUNCIONES INTESTINALES

LAXANTE — REGIMEN

SIN HABITUARSE

Tratamiento específico de la ENTEROCOLITIS MUCOMEMBRANOSA por la

# CHOLEOKINASE

Grageas ovoides Keratinizadas de extracto especial de HÍEL DE BUEY Y KINASA ◆ 6 a 8 ovoides por día

Muestras y Literatura a los Sres. médicos, que se dirijan a los Laboratorios DURET & REMY, 5, avenue des Tilleuls PARIS o a los representantes para España, CUREL & MORÁN - Aragón, 228. BARCELONA.

EL ANTISÉPTICO MAS PODEROSO DE LOS BRONQUIOS



Catarros, Bronquitis,  
Enfisema, Asma

SE CURAN CON EL

# JARABE FAMEL

ADOPTADO POR LOS HOSPITALES



### SUERO BIOTÁXICO POLIVALENTE DELGADO-CEA

Injectable indoloro

TÓNICO-GENERAL

microbiciida y antibacilar

En ampollas de 2%

PÍDASE EL PROSPECTO

Bronco-pneumonías.

FIEBRES DE MALTA Y

EBERTHIANAS

GRIPP O INFLUENZA

Estados febriles de caracter

infecciosos, especialmente en las

lesiones del APARATO RESPIRATORIO.

PREPARADO

en la Farmacia y Laboratorio DELGADO-CEA, Preciados, 14, MADRID.





## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,6; id. mínima, 704,5; temperatura máxima, 29°,6; id. mínima, 13°,4; vientos dominantes, SE. y E. NNE.

Continúan presentándose, aunque con menos frecuencia, los afectos catarrales agudos del aparato digestivo y de sus anexos. En los niños se han observado algunos casos de coqueluche. Los reumatismos agudos articulares y musculares aumentan en número en formas benignas.

La mortalidad sigue en términos normales.

## COLEGIO DE HUÉRFANOS

### Promoción del 15 de Septiembre.

Han sido admitidos:

Vicente Reaño Salido, de Fresneda de Ibor (Cáceres); nació el día 11 de Abril de 1911.

Eduardo Sanz Martín, de Lavid de Ojada (Palencia); nació el 25 de Marzo de 1911.

Miguel Cuesta Jiménez, de Carmona (Sevilla); nació el 3 de Marzo de 1911.

Daniel Martínez Bueros, de Pola de Laviana (Asturias); nació el 20 de Febrero de 1911.

José María Cano González, de Badajoz; nació el 18 de Febrero de 1911.

Virtudes Cuesta Jiménez, de Carmona (Sevilla); nació el 30 de Marzo de 1910.

María Almoina Mateo, de Lugo; nació el 19 de Febrero de 1910.

Joaquina Lorenzo Muñoz, de Real de la Jara (Sevilla); nació el 1.º de Enero de 1910.

Victoria Casado Sánchez Carralero, de Leganiel (Cuenca); nació el 23 de Diciembre de 1910.

Victoria Cerdeño Ruiz, de Salinas de Azaña (Alava); nació el 23 de Diciembre de 1909.

### Promoción para ingresar el 30 de Septiembre.

Vicenta Muñoz Manzano, de Malpartida de Plasencia (Cáceres); nació el 11 de Diciembre de 1909.

Emilia Albarrán Gil, de San Felices de los Gallegos (Salamanca); nació el 12 de Agosto de 1909.

Juana Plá González, de Puebla de Don Rodrigo (Ciudad Real); nació el 24 de Junio de 1909.

María del Amparo Brey de Silva, de Bilbao; nació el 23 de Enero de 1909.

María de la Concepción Cordido Tanego, de Vivero (Lugo); nació el 7 de Diciembre de 1908.

Augusto María Rivera Pérez, de Ayllón (Segovia); nació el 30 de Enero de 1911.

Gregoria Mansión Farre, de Guimerá (Lérida); nació el 17 de Diciembre de 1910.

Luis Sánchez Robles, de Espeja (Soria); nació el 9 de Octubre de 1910.

Federico Pérez Prieto, de Colmenar de Oreja (Madrid); nació el 3 de Septiembre de 1910.

José Cobián Otero, de La Estrada (Pontevedra); nació el 30 de Julio de 1910.

### Comidas.

Como curiosidad, y creyendo complacer á nuestros buenos amigos y suscriptores, publicamos los alimentos suministrados á los huérfanos del Colegio Príncipe de Asturias semanalmente.

*Lunes.*—Desayuno: café con leche y pan francés. Comida: sopa de pasta, garbanzo, carne, chorizo y verdura; principio: chuletas de cordero, y postre de queso. Merienda: pan y chocolate. Cena: lentejas, pescado y galletas.

*Martes.*—Desayuno: café con leche y pan francés. Comida: sopa de pasta, garbanzo, carne, tocino y chorizo; principio: cordero asado, y galletas para postre. Merienda: pan y dulce de membrillo. Cena: judías blancas, tortilla y dulce de melocotón para postre.

*Miércoles.*—Desayuno: café con leche y pan francés. Comida: sopa de pasta, garbanzo, carne, tocino, relleno y verdura; principio: huevos con tomate; postre: dulce de guinda. Merienda: pan y dulce de melocotón. Cena: patatas, albóndigas y postre de queso.

*Jueves.*—Desayuno: café con leche y pan francés. Comida: arroz con picadillo, huevos rellenos, frituras y para postre queso. Merienda: pan y chocolate. Cena: sopa de ajo con huevos, filetes, y postre dulce de membrillo.

*Viernes.*—Desayuno: café con leche y pan francés. Comida: sopa de pasta, garbanzo, tocino, chorizo, relleno y verdura; principio: filetes con patatas fritas, y fruta para postre. Merienda: pan y dulce de membrillo. Cena: judías blancas, pesca y dulce de melocotón.

*Sábado.*—Desayuno: café con leche y pan francés. Comida: sopa de arroz, garbanzo, tocino, relleno, chorizo y verdura; principio: ragú (carne con patatas, etc., etc.), y para postre fruta. Merienda: pan y chocolate. Cena: patatas, pesca y postre de dulce de membrillo.

*Domingo.*—Desayuno: chocolate, leche y bollo. Comida: arroz con picadillo, lengua estofada, frituras y postre de fruta. Merienda: pan y fruta. Cena: patatas fritas, pesca y postre de galletas.

La salud de los niños sigue siendo excelente.

*Aviso á las madres.*—Los retrasos en el ingreso de algunos de los niños á quienes por solicitud de las familias y por reunir las condiciones reglamentaria se ha concedido la admisión, produce perturbación para los cálculos de los que pueden ser recibidos en las promociones sucesivas, por lo cual el Patronato ruega que se active su venida para los días mismos en que se les cita. De otro modo, aunque son solamente tres ó cuatro los que se encuentran en este caso, tendría que tomarse, respecto á ellos, alguna resolución para evitar que perjudiquen á los demás.

Se ruega á las familias de los niños que han de ingresar y que presentaran signos dudosos de enfermedades de los ojos, que consulten á los médicos de las localidades respectivas si pudieran ofrecer peligro de contagio, caso en el cual no serían los niños admitidos según prescripción literal del Reglamento.

## Crónicas.

### ESPAÑA

**La huelga de médicos en Jerez.**—En nuestro último número dábamos cuenta de los caracteres que revestía el conflicto que, por falta del pago de sus haberes y por las condiciones desestables en que tienen que desarrollar el ejercicio de sus funciones, han planteado los médicos de la Beneficencia.

La prensa diaria sigue informando sobre el desarrollo del

# SIL - AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO  
Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso. MADRID



conflicto aunque no con todo detalle, por impedirlo la censura.

Parece que el alcalde ha ofrecido abonar una mensualidad de las que se les adeudan al personal sanitario, que se ha negado a cobrarla.

Coincidiendo con las ferias, los médicos y practicantes se niegan a prestar servicios extraordinarios en la Casa de Socorro que se instalará en el real de la feria. Piden que se les anticipe el importe de los servicios que han de realizar.

La Junta directiva de la Unión Sanitaria ha contestado negativamente al requerimiento del gobernador para que aplazaran por dos días la declaración de la huelga.

Toda la clase médica de Jerez se halla molestísima por las vejaciones y pretericiones de que se la hace objeto, toda vez que algunos servicios están atendidos, y éste, tan necesario, no lo ha sido, a pesar de las continuas reclamaciones de los médicos y de la situación precaria porque algunos atraviesan.

Las últimas noticias recibidas demuestran la gravedad del conflicto. A las doce y media del día 16, el personal facultativo abandonó la Casa de Socorro y a las dos cesó el servicio sanitario del hospital de Santa Isabel, así como el de la inspección del Matadero, que reviste en esta época mayor importancia por haberse iniciado hace días el envío a él de reses en malas condiciones que venían siendo rechazadas.

A pesar de la opinión de las autoridades que consideran la actitud de los facultativos como ilegal y hasta punible, la generalidad de la opinión se halla de parte de la causa de la Unión Sanitaria que defiende los intereses de los médicos de la beneficencia a los que se les adeuda la crecida suma de 125.000 pesetas.

La mencionada entidad, además de las de los Colegios de Córdoba, Salamanca, Cuenca, Jaén, Cáceres y Albacete, ha recibido adhesiones de Badajoz, Ciudad Real, Sevilla, Zaragoza, Burgos y del Colegio de Santander, que se halla dispuesto a secundar a los médicos de Jerez si éstos se viesen precisados a abandonar los servicios.

**Nuevos médicos de la Beneficencia.**—Entre los dictámenes aprobados por el Ayuntamiento de Madrid en su sesión del día 12 de los corrientes, figuraba uno, que lo fué por unanimidad.

Proponiendo que se nombren médicos terceros de la Beneficencia, con 2.500 pesetas, a los 16 primeros opositores aprobados, en vacantes reservadas a este turno, y se confirmen otros tantos nombramientos de supernumerarios, que ascendieron por el de antigüedad.

**Una visita al Hospital de San Francisco de Asís.**—El sábado último el alcalde de Madrid visitó las escuelas y el hospital de la Venerable Orden Tercera de San Francisco de Asís.

Acompañaron en su visita al Sr. Garrido Juaristi algunas personalidades.

Se educan allí 260 niños de las clases necesitadas del barrio de la Latina. Ante los visitantes, varios de sus alumnos ofrecieron brillantes muestras de sus conocimientos en Geografía y en Aritmética.

Más tarde visitó las dependencias del Hospital, y elogió sus condiciones de higiene y de comodidad.

Al comunicársele un proyecto de parque escolar en terrenos cercanos al edificio y que pertenecen al Ayuntamiento, el Sr. Garrido Juaristi prometió cooperar a la realización de esa obra.

La Junta directiva de la Orden Tercera quedó muy complacido de los propósitos del señor alcalde.

**El Congreso de Ciencias.**—Por considerarlo de más interés para nuestros lectores, sólo haremos una reseña de los puntos tratados en la Sección de Ciencias Médicas.

Esta Sección continuó el día 10 la discusión iniciada sobre el tema «Los pseudo-chancros sífilíticos y tratamiento abortivo de la sífilis», presentado por el Dr. Sánchez Covisa.

A continuación se leyeron dos trabajos del Dr. Marañón sobre «Patogenia hipofisiaria de la diabetes insípida» y sobre «Hipertensión e hiperglicemia».

También se dió lectura a un trabajo del Sr. Crespo Álvarez sobre «Juicio clínico, basado en mi experiencia personal, del método cataplástico».

El Sr. Sáiz de Aja trató de la «Profilaxis individual de la blenorragia»; el Sr. Azaola, del «Tratamiento fisioterápico de los cánceres de la piel y resultados obtenidos por el tratamiento radioterápico en clínicas hospitalarias».

El Dr. Bellid, de Barcelona, disertó sobre «Demostración del mecanismo fisiológico de correlación funcional en que interviene la sensibilidad trófica», y el Sr. Zarza, sobre «Tratamiento de las inflamaciones pelvianas».

El día 12 a las once y media de la mañana se celebró en el teatro Trueba la sesión de clausura del Congreso de Ciencias.

En la lectura de las conclusiones dada por el secretario del Congreso y que constituye la primera parte del solemne acto, se incluyó la de un discurso del representante portugués Sr. Costa Lobo; se contiene el acuerdo de celebrar el próximo Congreso internacional en Coimbra y el nacional en Cádiz.

A continuación se levanta el ilustre rector de la Universidad Central, Sr. Carracido que es saludado con una prolongada salva de aplausos.

El discurso del rector está inspirado en los mejores propósitos de alianza en la labor científica con las dos repúblicas vecinas, Francia y Portugal. Elogia la conducta de Chenin y de Costa Lobo que han asistido a todos los actos de este género que se han celebrado en España.

Agradece en nombre de los congresistas las múltiples atenciones y el desprendimiento de la ciudad de Bilbao y a los Gobiernos todos, el apoyo incondicional que siempre han sabido prestar a la labor científica patria.

Después el ministro de Instrucción Pública leyó un brillante discurso con el que se dió por clausurado el Congreso.

Tanto el Sr. Carracido como el representante del Gobierno, fueron muy aplaudidos al terminar sus discursos.

**Rectificando.**—Por considerarlo de interés para que todas las cosas queden en su lugar, a continuación copiamos la carta que los médicos de la Estación Sanitaria del Puerto de Vigo escriben al director del colega *La Medicina Ibero* rectificando algunos conceptos vertidos en sus columnas:

«Vigo, 6 de Septiembre de 1919.—Sr. Director de *La Medicina Ibero*, Madrid.—Muy señor nuestro y distinguido compañero: en el número 93 de la revista profesional de su digna dirección, aparece una crónica enviada desde Vigo por el Dr. Fernán Pérez referente al Lazareto de San Simón, en la que, sin duda por la rapidez de la información practicada, se hacen afirmaciones y se vierten juicios que no se ajustan exactamente a lo que pudo ver y oír el cronista de *Medicina Ibero* en su visita relámpago al mencionado Lazareto.

No es exacto que en este establecimiento sanitario exista departamento alguno destinado ni reservado para alojamiento veraniego del señor inspector general de Sanidad, pudiendo demostrarse fácilmente que el grupo de habitaciones a que alude el Dr. Fernán Pérez con la denominación de «Departamento del Inspector» han sido ocupadas en todas las cuarentenas por pasajeros de primera clase, que son también los que utilizan los cuartos de baño y la sala escritorio. Si en ésta pudo ver un retrato del Dr. Martín Salazar, culpenos a nosotros que allí lo colocamos, creyendo ingenuamente que en ninguna falta incurriamos con esta modesta demostración de respeto, afecto y gratitud hacia quien dedica todas sus actividades de funcionario y toda su cultura de hombre de ciencia en provecho y servicio de la Sanidad nacional.

También es incierto que el señor inspector general pase temporadas en el Lazareto de Vigo, pues solamente podemos disfrutar de su presencia en las visitas de inspección que, con plausible celo, realiza en la época que otras personas menos laboriosas dedican al descanso.

Mejor que nadie, como es lógico, conocemos las deficiencias de nuestro Lazareto, a cuyo remedio dedica preferente atención la Inspección general de Sanidad, como lo demuestra la existencia y aprobación de un plan completo de reformas y reorganización de servicios, habiéndose dado ya comienzo a su ejecución con el derribo de cuatro edificios ruinosos y con la edificación de un departamento de tercera que será, seguramente, modelo en su clase.

Reconocemos la buena fe y el excelente propósito del Sr. Fernán Pérez, pero sin duda alguna, por un exceso de pesimismo, no acertó a dar la medida exacta al juzgar el estado en que se encuentra el Lazareto de Vigo.

**TOLUDEN**

Peirid's C.<sup>o</sup>, New-York

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

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



En su consecuencia, y no siéndonos desconocida la hospitalidad con que es acogida en su revista toda rectificación veraz, rogamos á usted dé publicidad á las presentes líneas para que personas y cosas queden en el lugar que en justicia les corresponde.

Con este motivo nos ofrecemos de usted atentos seguros servidores q. e. s. m., *Federico Mestre y José Souto*, médicos de la Estación Sanitaria del Puerto de Vigo.»

**Nueva Conquista Médica.**—Con radium, rayos X y electricidad asociados y empleados directamente sobre las cápsulas suprarrenales, conforme á nuestro método, curamos la hipertensión, esclerosis vascular y accidentes mortales que causan en corazón, cerebro, riñones, hígado, etc. Recurso terapéutico de extraordinario valor, para combatir tan graves enfermedades, hasta ahora incurables, más potente y eficaz sin duda alguna que ningún otro, puesto que se dirige al foco mismo de la alteración patológica responsable de las mismas. Su acción es constante, grande, verdaderamente maravillosa; la comprobamos, independiente de los beneficios que en su organismo encuentran los enfermos después de las aplicaciones, con el oscilómetro esfingométrico del Profesor Pachón. Instituto Kediumterápico, Princesa, 58.

**De la epidemia del tífus en Granada y Almería.**—Las noticias últimamente recibidas de Granada y Almería, en donde, como saben nuestros lectores, se ha padecido una epidemia de tífus exantemático, dan la impresión de que ésta ha sido ya dominada, tocando á su fin, puesto que solamente quedan algunos pocos convalecientes, convenientemente aislados.

La marcha de esta epidemia ha sido un claro ejemplo de la eficacia de las medidas de aislamiento y despiojamiento de enfermos de esta clase según la teoría cortezo, aceptada ya en toda Europa, cuando se dispone por personas capacitadas y peritas y con el suficiente tacto y energía.

Desconocida la epidemia por deficiencias de táctica de los médicos locales, se hizo sospechosa á la Inspección general, la que á pesar de las noticias negativas de los inspectores provinciales, mandó una comisión de profesores del Instituto de Alfonso XIII, dirigida por el Dr. Blanco, que llegó á aquellas provincias cuando ya se encontraba invadida toda la costa de Granada y las dos terceras partes de Almería, y el mismo Inspector general, Sr. Salazar, á quien se debe la acertada gestión de la campaña, dispuso sobre el terreno la ejecución de las medidas apropiadas para combatir esta epidemia que abandonada á su natural expansión, hubiera causado seguramente millares de víctimas, esparciéndose por toda España. De esta bonita campaña sanitaria no se ha ocupado la prensa como debiera; pues ya sabemos que algunos queridos colegas entienden que su misión debe reducirse solamente á una constante censura; nosotros que somos imparciales nos congratulamos en esta ocasión de poder felicitar á las autoridades sanitarias.

**Un cuarto de huevo.**—Según declaración del señor alcalde de Madrid, en esta capital se consumen diariamente 140.000 huevos; es decir, que distribuidos entre los habitantes que forman su censo, viene á tocar, uno con otro, cada uno de ellos, á la cuarta parte de un huevo. Es este un buen dato para demostrar la base de alimentación nitrogenada que tienen los infelices habitantes de la Villa y Corte. Y todavía hay quien se opone á la importación de carnes y se refriega las manos al ver alcanzar á éstas en el mercado los precios fabulosos con que se presentan ante los famélicos estómagos del pueblo madrileño.

**No hay harina.**—También, según afirmación del mismo señor alcalde, parece que en Madrid falta la harina... pues si es verdad el antiguo refrán, pronto se volverá todo moha.

**Movimiento de población en las capitales de España, en Abril.**—La *Gaceta* ha publicado el estado de los nacimientos, defunciones y matrimonios ocurridos en las capitales de España el mes de Abril último, según los datos del Instituto Geográfico y Estadístico.

En ese mes hubo 7.740 nacimientos, 8.214 defunciones y 2.269 matrimonios.

La natalidad fué de 2,12 por 1.000; la mortalidad, de 2,25, y la nupcialidad, de 0,52.

Nacieron 4.081 varones y 3.659 hembras, y murieron 4.258 varones y 3.956 hembras.

Los niños fallecidos antes de los cinco años fueron 2.143.

En Madrid se registraron 1.400 nacimientos, 1.292 defunciones y 351 matrimonios.

En Barcelona, 1.257 nacimientos, 1.212 defunciones y 448 matrimonios.

En Valencia, 486 nacimientos, 528 defunciones y 138 matrimonios.

En Sevilla, 310 nacimientos, 439 defunciones y 94 matrimonios.

En Málaga, 321 nacimientos, 399 defunciones y 96 matrimonios.

En Murcia, 289 nacimientos, 249 defunciones y 87 matrimonios.

En Zaragoza, 286 nacimientos, 255 defunciones y 109 matrimonios.

**La higiene en las Escuelas.**—Por el Ministerio de Instrucción Pública se ha publicado en la *Gaceta* la siguiente Real orden:

«De conformidad con lo significado á este Ministerio por el Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación en Real orden de 2 de los corrientes,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que por todos los maestros de España, incluso los de escuelas privadas, se observen las instrucciones siguientes:

Primera. No se admitirán en las escuelas niños portadores de parásitos de cualquier clase que sean, y á este fin reconocerán cuidadosamente á los niños que ingresen y someterán á un examen periódico á todos los niños que asistan á las clases; y

Segunda. Tan pronto como en dichos reconocimientos encuentren algún niño parasitario, pondrán el hecho en conocimiento de la familia, y además de prohibirse la asistencia á la escuela hasta que se halle completamente limpio, darán cuenta al inspector municipal de Sanidad, á fin de que éste ordene se proceda al despiojamiento del niño y de la familia, á la sulfuración del local que habiten y á la desinfección de las ropas.»

**Las nodrizas de la Beneficencia de Orense, no cobran.**—No sabemos si en el momento de salir á luz este número se habrá tomado alguna determinación por parte de la Diputación de esta capital gallega, relacionada con el asunto de las nodrizas de la Beneficencia. Lo que hasta ahora se sabe de cierto, es que el día 10 visitaron al gobernador civil de la provincia para manifestarle que no cobran sus haberes desde hace ya ocho meses y que están dispuestas á abandonar la lactancia de los niños entregados á su custodia, si no son atendidas en plazo breve sus justas demandas.

#### AMÉRICA LATINA

##### VENEZUELA

**Cómo se proveen las plazas de académicos en Caracas.**—Para aspirar al puesto de académico de la Nacional de Medicina se requiere: ser doctor en Medicina y Cirugía de una Facultad venezolana; tener por lo menos cinco años de ejercicio profesional; residir en la capital de la República; ser propuesto por dos individuos de número á quienes el aspirante dirigirá una carta haciendo expresamente la solicitud y remitiendo un ejemplar ó copia de cada uno de los trabajos científicos que haya publicado antes de la solicitud y una lista de los cargos científicos y docentes que haya desempeñado; obligarse á cumplir y respetar la Ley, los Estatutos, el Reglamento y todas las disposiciones de la Academia.

Los proponentes tendrán en cuenta, antes de hacer la proposición, la moralidad pública y profesional del candidato, sus años de ejercicio, sus resultados en la práctica, etc., teniendo presente que toda circunstancia ó acto contrario á las prescripciones de la Deontología médica, inutiliza para ser miembro de esta Academia. De todo esto se hacen responsables ante la Academia los firmantes de la proposición.

*Está prohibido solicitar votos en pro de un candidato; y la*

**LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES** SE CURAN RADICALMENTE CON EL **VINO URANADO PESQUI**

que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día, fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras gratis. LABORATORIO PESQUI-Prim 25, San Sebastián



Academia consagra el principio de que todo miembro conserva la libertad de su voto hasta el instante del escrutinio. (Art. 17 del Reglamento.)

## MEXICO

**Cuantioso donativo.**—El Sr. David Muirhead, presidente de la «British Society of Mexico», ha recibido del conde de Cowdray—antes Sir Wetman D. Pearson—un cable fechado en Londres, en el que se le participa que el conde, de acuerdo con su esposa, ha resuelto donar 1.000.000 de pesos para la construcción, equipo y dotación del nuevo Hospital Cowdray, que se fundará en Méjico.

## FRANCIA

**Congreso de Sociedades científicas.**—El martes 25 de Mayo de 1920 se inaugurará en Strasburgo el 53 Congreso de delegados de las Sociedades científicas de París y departamentales.

Los días 25, miércoles 26, jueves 27 y viernes 28, se consagrarán a los trabajos del Congreso.

La sesión general de clausura tendrá lugar el sábado 29 de Mayo, a las dos de la tarde.

**El Dr. Raimondi.**—Ha fallecido repentinamente el célebre Dr. Raimondi, cuyos sabios trabajos sobre Pediatría le habían hecho adquirir una legítima notoriedad científica.

Al estallar la guerra, comprendiendo lo útil que podía ser a su patria, abandonó todos sus intereses, y algo enfermo, partió para el frente. Este esfuerzo quebrantó su salud ya debilitada y contribuyó principalmente a su fin prematuro.

Hábil y concienzudo en sus trabajos, en sus numerosos artículos, siempre se pudo apreciar un valor científico notable.

**Conferencias.** Los jefes de los laboratorios de radiología y electroradioterapia de los hospitales de París, empezarán el lunes 3 de Noviembre, en el Hotel-Dien, una serie de conferencias sobre electrológica, radiología, fototerapia, helioterapia, etc.

Estas conferencias, que durarán aproximadamente un mes, irán acompañadas de ejercicios prácticos.

**Hospitales de París.**—Han sido nombrados médicos honorarios de los hospitales MM. Debove, profesor de Clínica médica en el Hospital Beaujon, y Kirmisson, profesor de Clínica quirúrgica en el Hospital de Niños enfermos.

## INGLATERRA

**La desproporción de los sexos.**—La Comisión Nacional de Natalidad recibió datos sobre este asunto del comisario David C. Lamb, director del departamento de emigración del Salvation Army. La desproporción de los sexos que antes de la guerra producía gran inquietud, acaba de tomar un aspecto amenazador, provocando toda clase de males sociales. En este periodo de reconstrucción del imperio, uno de los problemas vitales será el de la distribución por igual de los sexos por todo el reino. El progreso de Canadá y Australia se ha retrasado a causa de la falta de población femenina adecuada, y tanto en Australia como en Nueva Zelanda ha llamado la atención la disminución de la natalidad. Es probable que en el futuro la cantidad de mujeres solteras enviadas a los dominios será mayor de lo que lo ha sido hasta ahora. La cuestión del alojamiento producirá un efecto muy marcado sobre la natalidad y la emigración. Se calcula que tan solo en Inglaterra y Gales hay 400.000 menos. Han comunicado que tan pronto como las restricciones de embarque se suspendan habrá un gran éxodo procedente de Escocia.

## ALEMANIA

**Las enfermeras visitadoras oficiales en Baviera.**—El *Nederlandsch Tijdschrift* describe un sistema de enfermeras visitadoras instalado al presente en veinte distritos de Baviera. Las mujeres llevan uniforme y tienen la obligación del secreto profesional. Viajan a través de sus distritos reali-

zando labor de beneficencia, como la vigilancia de las mujeres embarazadas, comadronas, recién nacidos, niños y tuberculosos. Poseen autoridad oficial para hacer cumplir sus consejos. Están en contacto con médicos, sacerdotes, maestros y oficiales del Estado en un movimiento general concertado en pro del progreso de la sanidad pública. Son pagadas por las autoridades del distrito por medio del oficial de Sanidad del distrito correspondiente, bajo cuya dirección se hallan. En lugar de que las familias vayan a consultar sobre sus hijos tuberculosos, etc., en los diferentes barrios, los consejos llegan a sus casas, habiendo una vigilancia oficial con objeto de ver si los cumplen. Nuestro colega atribuye la descripción original de esta innovación al *Wiener klinische Wochenschrift*.

**A**l presente número acompaña una circular informativa, cuya lectura recomendamos, del Laboratorio y Farmacia Americana, con la variación de precios del listín por alza de las primeras materias.

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

**Niños. FIEBRES PALUDICAS, GASTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTITION, GRIPALES,** después del brote en las **ERUPTIVAS**, estados febriles de las **NEUMONIAS, BRONQUITIS** y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

**Quininfantina Delgado Ronco.**

Papeles a base de *etilcarbonato de quinina*, valorado su alcaloide (quinina), permitiendo dosificación exacta, no irrita el tubo digestivo, y de sabor agradable. Más eficaz que los supositorios y enemas que provocan deposiciones y las pomadas de difícil absorción.

**IODASA BELLOT**  
Solución titulada de **IODOPEPTONA**  
**ODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE**  
gotas: 1 centigramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.—Todas las indicaciones del iodo y los ioduros. Sin iodismo.

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.

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

Muestras y prospectos: **F. BELLOT**

Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

**SOLUCION BENEDICTO**  
Glicerio-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 mercales, 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.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1. — Madrid, Tel 552

## TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO HABITUAL

### CON PETROSINA LIQUIDA GARCÍA SUÁREZ

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