

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Tratamiento de la incontinencia esencial de orina en los niños, por F. González Aguilar.—Tratamiento de la parálisis infantil, por el Dr. G. Hurtado.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Carta abierta, por G. Marañón.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Tratamiento de la Incontinencia esencial de orina en los niños

FOR

F. GONZÁLEZ AGUILAR

I.—GENERALIDADES PREVIAS

El estudio que de la alteración funcional que nos va á ocupar se sigue haciendo en los libros de Patología infantil, prueba, una vez más, la resistencia que la rutina opone á que las cosas se llamen por su nombre.

Todos sabemos que la emisión involuntaria de orina es siempre síntoma, manifestación, consecuencia, resultado, de algún estado anormal más ó menos complejo que afecte, bien al aparato génito-urinario, bien al sistema nervioso, unas veces á determinados músculos, otras á alteraciones químicas de la orina con su correspondiente actuación sobre la mucosa y efectos reflejos consecutivos, etc., etc. Todos, digo, sabemos estas verdades tan elementales, y, sin embargo, á todos nos cuesta trabajo decidimos á dejar de considerar como enfermedad esencial la incontinencia nocturna de orina en los niños, para ocuparnos de ella como síntoma ó como complicación tantas veces como veces se produjera originada por estados patológicos especiales. Ello fuera lo lógico y lo fundamentalmente científico; pero, no solamente no seguimos ese camino, sino que, siguiendo el acostumbrado de buscar excusa para toda transgresión, damos, para nuestro señalado defecto, la

explicación de no saber explicar, en la mayoría de los casos, las causas lesionales que motivan la incontinencia nocturna de orina, y ya así, nos quedamos tan satisfechos con solo añadirle el adjetivo «esencial», ó con crear el nombre «enuresis» para diferenciarla de aquellas otras incontinencias de lesión ó causa manifiesta.

Nunca es buen camino para apresurar el aprendizaje de lo que se ignora, hacerse la ilusión de que el problema no existe. En cambio, se resolverá éste tanto más pronto, cuanto con más constancia nos imputemos nuestro desconocimiento.

La *esencialidad* de las alteraciones funcionales nunca es cierta. Cuando así las calificamos es porque desconocemos la lesión que las origina; y—claro es—cuando nos remontamos á querer adivinar las causas de esa lesión que no vemos y del trastorno funcional que sí observamos, tenemos que contentarnos con una mayor ó menor frecuencia en la presentación de hechos que parecen relacionarse en orden de sucesión y aspecto de naturaleza.

Así pasan las cosas en la incontinencia nocturna de orina llamada *esencial*, *enuresis* por otro nombre, y diurna algunas veces, aunque raras, á pesar de su calificada nocturnidad.

Aun cuando el principal objeto de este trabajo es el estudio de los diversos tratamientos que se han pre-

conizado para combatir dicho trastorno funcional, bueno será que previamente hagamos un bosquejo genérico del mismo, de las más frecuentes causas que lo motivan, de su modo de producirse y manifestarse y de las dificultades que algunas veces existen para poder puntualizar el diagnóstico de su característica y convencional esencialidad. Ello nos ayudará grandemente a razonar con más solidez cuando estudiemos el tratamiento, y nos advertirá también lo conveniente de no considerar esta afección como un ligero defecto propio de niños mal educados, cosa harto frecuente en las familias de los pequeños enfermos y hasta en los propios médicos.

Nunca deberán éstos mirar con indiferencia a los incontinentes de orina, ni contentarse con la afirmación de los padres de no presentar el niño ningún otro síntoma. La observación minuciosa y el detenido estudio nos llevará muchas veces a encontrar en las diversas incontinencias, causas de gran importancia, y otras nos servirá para ver que alguna es manifiesto síntoma inicial de graves procesos que permanecerían ocultos durante algún tiempo si aquél no nos hubiera hecho fijar nuestra atención.

*
*
*

Entre las enfermedades que pueden producir incontinencia de orina, figuran, en primer lugar, las del sistema nervioso, tanto las del grupo de lesiones orgánicas (*ataxia locomotriz, neuritis, polineuritis, espina bífida, parálisis infantil* (1), *enfermedad de Friedreich, meningitis tuberculosa, mielitis transversas*, etc.), como las del de las neurosis (*neurastenia, histeria, epilepsia*), y no deja de ser frecuente el hecho de que incidentalmente se descubra alguna afección de aquellas en enfermos que se creían incontinentes esenciales.

En este segundo grupo es algo más difícil establecer la relación de coexistencia, causalidad ó manifestación sintomática; dificultad que nace de la facilidad con que se presenta la incontinencia de orina en los epilépticos, y también, aun cuando menos, en los hísticos y neurasténicos, habiéndose, llegado, con ese motivo, á exageraciones, como la de Cullère, que afirmó ser la incontinencia de orina, *manifestación perteneciente y propia del histerismo*, ó como la de Pfister, que dice haber estudiado un caso en que la incontinencia de orina era *única y exclusiva manifestación de una epilepsia*.

Para calificar de exageradas tales afirmaciones basta pensar en lo fácilmente que pueden pasar inadvertidos determinados estados hísticos y epilépticos leves. Yo, á este efecto, puedo citar un caso en que, llamado á ver á un niño de doce años con incontinencia nocturna de orina, aparentemente sin ningún síntoma, pude encontrar en sus antecedentes una tara hereditaria epiléptica y, acordándome del enfermo citado por Pfister, decidí observarlo directamente varias noches durante su primer sueño para presenciar la micción

(1) En ésta, muy rara vez, en algunos casos muy graves y solamente al principio de la enfermedad.

involuntaria, y pude ver que, antes que ésta se verificara, el enfermito fué presa de ligeras convulsiones y contracciones clónicas de los músculos de la cara y miembros inferiores. Era, sencillamente, un niño epiléptico en el cual la incontinencia de orina no figuraba como único síntoma. El tiempo —y muy prontamente— agravando la epilepsia, confirmó el diagnóstico.

En cuanto al histerismo leve, aún es más difícil percatare de su presencia y poderla relacionar con la involuntaria emisión de orina. No así cuanto al gran histerismo, en el cual la incontinencia puede servirnos como un dato más que permite distinguir sus ataques de los epilépticos, por el hecho observado de que en estos últimos la micción involuntaria acompaña al acceso ó le sucede muy inmediatamente, y en aquellos hay habitualmente retención mientras ellos duran y bastante tiempo después.

Prolijo sería hacer ahora relación de otras muchas enfermedades nerviosas capaces de producir ó ocasionar incontinencia de orina.

Recuérdese la complejidad fisiológica de la emisión urinaria, y no habrá para qué insistir en la influencia que sobre ella ejerzan todos los trastornos nerviosos generales, aparte de los propios del aparato génito-urinario.

A guisa de *memorándum*, enunciaremos como enfermedades que pueden provocar incontinencia de orina, todas aquellas que constituyan vicios de conformación de los uréteres, de la vejiga y de la uretra, entre los cuales suelen ser los más frecuentes el desagüe anormal de aquellos en la uretra prostática alrededor del *vero-montanum* en el hombre, y en la misma vulva en la mujer; ciertas anomalías congénitas de la vejiga, como la extrofia, y, principalmente, los hipospadias y epispadias en la uretra de los hombres y en la de las mujeres, que también pueden padecerlos, aunque muy raramente.

Merece parar un poco la atención en las incontinencias producidas por el hipospadias y por el epispadias. En éste (mucho menos frecuente que aquél), es general que solamente consigan retener la orina unos enfermos en la posición vertical y en la horizontal otros, produciéndose la incontinencia en la posición contraria á aquella en que estén habituados á retenerla. Yo he podido observar este hecho en tres casos muy característicos, y en uno de ellos, joven varón de quince años, conseguí á fuerza de sugerencias vigiles y modificación de costumbres en su género de vida, cambiar su hábito de retención urinaria (que antes se verificaba cuando estaba de pie) á las horas de la noche que pasaba acostado y durmiendo; pero no obtuve el resultado de evitarle la incontinencia, sino que ésta, de nocturna que era, se convirtió en diurna y no curó de ella hasta que fué operado del epispadias al año siguiente.

En cuanto al hipospadias, aparte de poder producir la incontinencia por reflejo nervioso en niños que á ello tengan predisposición, suele también ocasionarla por plenitud de vejiga consecutiva á dificultades mecánicas de micción á través de un meato sumamente pequeño, cosa muy común en los niños hipospádicos.



Muchos otros vicios de conformación pueden dar lugar á incontinencia de orina. Entre ellos—y dejando á un lado las curiosísimas observaciones hechas por Albarran, en París, y por Giordano, en Venecia, respecto á incontinentes que, por citoscopia, demostraron tener bridas en forma de columnas en el fondo vesical,—figuran como más frecuentes el fimosis, las adherencias prepuciales, las clitoridianas, la atresia del meato y las estrecheces uretrales congénitas. Estas últimas han sido muy bien estudiadas por Bazy y por Bonnet, habiendo éste descrito un caso en que la estrechez (colocada como en los de Bazy á 1 $\frac{1}{2}$ centímetros por delante del esfínter membranoso), constituía una verdadera válvula que toleraba ó impedía la micción, según la particular posición del momento.

Hay otro grupo de enfermedades que con frecuencia van acompañadas de incontinencia de orina; es el de las infecciones de la vejiga y de la uretra. Entre las primeras merecen citarse de pasada las cistitis gonocócicas, por su fácil diagnóstico, y con alguna más atención, las cistitis colibacilares, mucho más frecuentes de lo que generalmente se cree. Repetidas observaciones personales, plenamente confirmadas en el laboratorio, me dan derecho á afirmar que la vejiga de la orina es órgano de preferencia para el colibacilo, en sus emigraciones. Pero, la cistitis, en que debe siempre pensar todo médico cuando examina á un incontinente, sobre todo si el enfermo está en la edad de la adolescencia, es la tuberculosa, porque en ella la incontinencia se presenta tan al comienzo de la enfermedad, que muchas veces constituye su primer síntoma, si no es que fué el precursor, como en el caso que presenta Courtade.

Añadamos, como final, en esta serie de afecciones capaces de producir incontinencia de orina, los espasmos de la uretra, los pólipos uretrales, las uretritis de todas clases, las balanopostitis y las vulvo-vaginitis. Unas por reflejo, otras por provocar retención y rebasamiento en la vejiga, es lo cierto que se acompañan frecuentemente de incontinencia.

Citadas y descritas bien á la ligera, cual corresponde á la índole de este artículo, las incontinencias de orina motivadas por éstas ó aquellas causas, no siempre bien explicadas, pero si bien conocidas, llegamos á la que constituye nuestro principal objeto, á la incontinencia llamada esencial, á la *enuresis*, á la que por sernos desconocidas sus causas, nos hacemos la ilusión de que carece de ellas.

No debo detenerme en el detalle de su estudio sintomático y formas clínicas que adopta. Aparte de que lo principal de este trabajo ha de ser cuanto se refiera á tratamiento, esta enfermedad ha sido admirablemente descrita por todos los autores, desde Jean Louis Petit, hace 200 años, hasta Heubner, en nuestros días. Y haya cuenta que ni en éste, ni en Unger, ni en Comby, ni en ningún paidópata moderno, encuéntrase nada que no tuvieran dicho—y dicho mucho mejor—los dos inmortales maestros, médico el uno y cirujano el otro, Trousseau y Guyon.

Hay que decir que, si bien Trousseau estudió la sintomatología de la enuresis en forma que por nadie ha sido superado, Guyon colocó los jalones en que se apoya el tratamiento moderno de esta enfermedad, ó por lo menos, el que está más indicado en la mayoría de los casos.

Creo pertinente, sin embargo, el recuerdo de ciertos hechos y el diseño de los más característicos tipos de incontinencia esencial.

Entre aquellos figura, en primer lugar, la *afirmación fisiológica* de la incontinencia de orina en los primeros tiempos de la vida individual. El niño es un perfecto incontinente durante dicha época: su vejiga se vacía con toda normalidad tanto por el día como por la noche, sin llegar al rebasamiento y sin que se manifieste nunca voluntad de verificar la micción. Pasados los primeros meses, y coincidiendo frecuentemente con la primera dentición, va desapareciendo la incontinencia diurna y persiste la nocturna: el niño, durante el día, retiene su orina y, cuando en su vejiga se producen los primeros fenómenos del mecanismo fisiológico de la micción, pide que le pongan á orinar ó se orina encima de sus ropas con voluntad perfectamente determinada; pero durante la noche sigue orinando involuntariamente dentro de un sueño profundo. No hay modificación ninguna de la micción, no hay alteración del sistema nervioso, no hay agitación que denote ensueño, no hay rebasamiento de vejiga, la orina es normal en cantidad y calidad, no hay poliuria ni polakiuria, órganos y funciones son perfectamente normales y dentro de esa normalidad perfecta va incluida la no intervención de la voluntad. Cuando el niño llega á una edad que oscila entre los dos años y medio ó tres, hácese dueño de su vejiga y cuando ésta tiene necesidad de vaciarse durante el sueño, el niño despierta y verifica la micción á voluntad plena: ha desaparecido la incontinencia. Pero esta desaparición nunca es brusca. Poco á poco va el infantil organismo acostumbrándose á retener la orina en la vejiga y cada vez van siendo más raras las micciones involuntarias, llegándose así en un período de tiempo que casi siempre dura un año ó más, á la perfección funcional de la vejiga.

Pues bien, cuando esta transición no se inicia ó se prolonga hasta edades más avanzadas, y—en otro caso—cuando, verificada normalmente la transición y transcurrido poco ó mucho tiempo en que la función vesical fué perfecta, vuelven á producirse sucesivas micciones involuntarias, es cuando estaremos frente á niños afectados de enuresis.

Teniendo en cuenta estos hechos, es por lo que, seguramente, Heubner califica esta enfermedad como manifestación de infantilismo. Bien estaría el concepto para explicárnosla en los incontinentes incluidos en el primero de los dos modos de presentarse que hemos expuesto, pero mal puede servirnos como concepto nosológico de todos los demás.

Otro hecho á no olvidar es que, siendo la micción un acto funcional de complejidad tan grande, que sobre él pesan teorías y más teorías, sin que lleguen á

estar de acuerdo los fisiólogos, á pesar de quererlo reducir á las líneas genéricas de inhibición de esfínteres, acción semivoluntaria del músculo vesical y acción voluntaria de los músculos abdominales, y siendo tan múltiples y variadas las intervenciones del cerebro y de la medula en dicha función, todo niño que sufra alteraciones del sistema nervioso, por pequeñas que ellas sean, será preferido candidato á enurésico.

Siendo esto así, se comprenderá cuán fácilmente irán síntomas de trastornos nerviosos acompañando á la incontinencia esencial de orina. Por eso, la descripción sintomática de esta anomalía, que pudiera decirse toda en cuatro palabras, suele ser inacabable trazada por algunos que se empeñan en desorientarnos á fuerza de prolijas puerilidades. Así, Freund nos habla de exageración de reflejos rotulianos, hipertonia de los miembros inferiores, sobre todo en los músculos adductores y tríceps femoral; Courtade nos razona sobre la frecuencia de la hiperacidéz de la orina en los enurésicos; West presenta una estadística de niños incontinentes en los cuales había una verdadera bacteriuria, y Carel, que ha estudiado mucho esta enfermedad en los adultos, principalmente en individuos del Ejército, dice que en un crecidísimo número de casos encontró, acompañando á la incontinencia, un exceso de cloruros con poliuria.

Verdad todo ello, no aclara en nada el concepto, ni remarca más el aspecto clínico de la afección, puesto que, dados á buscar síntomas concomitantes de tal calaña, nunca acabaríamos su exposición. En cambio, siempre encontraremos que los incontinentes son niños neuróticos, ó niños con desenvolvimiento retrasado, ya que no haya completa detención del desarrollo. Entre los primeros hallaremos todas las manifestaciones de la histeria infantil; entre los segundos, observaremos, desde la apatía para el trabajo hasta la pequeñez de los órganos genitales, pasando por los anormales, los raquíticos y los heredo-infectos ó heredo-tóxicos.

Y ya, en el camino de las sencilleces y de los conceptos sintéticos, he de decir que, principalmente, conviene recordar lo siguiente: Puesto que en la micción involuntaria (lo mismo que en la voluntaria), y aparte de llamadas, percepciones y mandatos mejor ó peor ejecutados por el sistema nervioso, hay un impulsor de la orina (el músculo vesical) y un dique de sostén (el esfínter), siempre que se rompa el equilibrio entre éstos, bien sea por mayor potencialidad del primero, ó bien por debilidad del segundo, la incontinencia será un hecho.

Quedan así señaladas las dos principales formas clínicas de la enuresis: la forma de irritabilidad vesical y la forma atónica de Guyon. La mayoría de los casos en que hay incontinencia diurna y nocturna, los encontraremos en la primera forma, y en la segunda es en la que se dan generalmente los de incontinencia nocturna; aquellos en que el niño, durmiendo tan profundamente que ruidos intensos cercanos son impotentes para despertarle, verifica el vaciamiento de su vejiga sin darse cuenta de ello, y en forma que fuera completamente normal de no estar inhibida la voluntad.

Es más frecuente la irritabilidad vesical en las niñas; lo es más en los niños, la atonía del esfínter externo.

Interesa mucho hacer constar que no todos los niños son susceptibles de padecer la incontinencia esencial de orina: es preciso, como afirma Guinon, que el niño sea terreno abonado; que tenga, aunque sea en forma tan atenuada que casi siempre pasa inadvertida, una degeneración nerviosa, bien adquirida ó bien heredada.

Pero mucho más interesante que estas generalidades etiológicas, señaladas ya por los antiguos maestros y comprobadas después por las irrefutables estadísticas de Guinon, es que fijemos algo nuestra atención sobre el modo de producirse la incontinencia, aparte de la idea esquemática que antes lancé sin más objeto que delinear de modo sencillo y claro las dos formas clínicas de esta enfermedad, delineación que, como veremos después al hablar del tratamiento, no es asunto á despreciar.

Realmente, la fisiología de la micción quedó perfectamente definida desde los conjuntos estudios de Courtade y de Guyon, incomparable muestra este último de una vida tan larga como gloriosa, que le ha permitido haber sido el primer urólogo de hace medio siglo y seguirlo siendo en nuestros días.

En la vejiga no se verifica una simple función de mandato y obediencia. Buena prueba de ello es que, si excitamos por medio de la electricidad la superficie del músculo vesical, se llegarán á conseguir contracciones locales en forma de placas, pero nunca se verificará la micción; ni tampoco se producirá ésta—por lo menos, en su conjunto armónico—si excitamos los nervios de la vejiga, consiguiéndose únicamente contracciones parciales del cuello ó del cuerpo de la misma, según que los nervios excitados sean los eferentes del simpático lumbar ó los sacros. Es, sí, la micción un acto reflejo; pero en su mecanismo, como no exclusivo de la vida vegetativa, no basta la intervención medular, sino que también interviene el centro cerebral por cuanto se relaciona con la vida animal. Resulta, pues, un acto reflejo de complejidad especial y que, en su presentación normal, no es provocado por voluntad exclusiva, sino reglado á voluntad en su provocación involuntaria. Bien hace Genouville llamándole «reflejo doméstico», es decir, un reflejo automático modificado por la educación.

Quisiera yo—porque la oportunidad me brinda á ello—dedicar algunas palabras á la manera cómo se inicia el reflejo en la misma vejiga por la excitación de los nervios sensitivos distendidos forzosamente al distenderse aquélla; al modo cómo cambian las especiales propiedades de la pared vesical que siendo, mientras va poco á poco llenándose el recipiente, muy débil de tono, extensibilidad extraordinaria é insignificante retractilidad (causas las tres de que el manómetro marque una exigua presión), aparece, en momento dado, con una tonicidad extraordinaria y con un poder retráctil que anula por completo su distensibilidad y eleva la presión enormemente; citaría la opinión de Guyon de que ese aumento de tonicidad es debido á un

reflejo medular por distensión de la fibra muscular; haría resaltar el hecho de que, sin llegar al esfínter externo («el guardián de la vejiga», como le llama Courtade), tenemos ya en funciones dos reflejos, cerebral uno y medular otro, y ambos provocados por la misma causa mecánica, y terminaría esa especie de croquis fisiológico de la micción con una breve ojeada al citado esfínter externo que, inactivo ó perezoso durante los dos primeros años de la vida por razones no bien determinadas (puesto que no basta con decir que puede tener un desarrollo incompleto ó no estar perfectamente establecidas sus relaciones con los centros nerviosos superiores), comienza á cumplir sus deberes, primero durante el día, en que el estado de vigilia facilita su acción voluntaria, y algunos meses después durante la noche, gracias á que el hábito de relajarse voluntariamente cada vez que la vejiga le comunica la necesidad de ser vaciada ha llegado á establecer una inconsciencia especial en un acto voluntario y convirtiéndole en verdadero reflejo.

(Concluirá).

TRATAMIENTO DE LA PARALISIS INFANTIL

POR EL

DR. G. HURTADO

Sabemos que las epidemias de parálisis infantil donde más se han desarrollado estos últimos años, ha sido en los Estados Unidos.

Esto ha motivado una serie de estudios llevados á cabo en el Instituto Rockefeller, especialmente por Flexner y Noguchi, de los que se deduce, que es una enfermedad epidémico contagiosa, producida por un germen que especialmente se encuentra en el moco nasal.

Este germen tiene predilección por las astas anteriores de la medula que destruye en parte, congestiona ó inhibe, dando lugar á parálisis plácidas musculares, á paresias y á diversos trastornos de la motilidad. También puede localizarse aunque más raramente en el cerebro, originando parálisis espásticas.

De aquí las tres formas principales de la parálisis infantil, que son: la medular, cerebral y la llamada abortada que no deja residuos.

Hasta la época recientísima de estos descubrimientos, el tratamiento de esta dolencia ha sido muy deficiente. Los resultados que se obtenían eran tenazmente desesperantes, y médicos, enfermos y familias nos encontrábamos en ese estado de insatisfacción que produce la impotencia.

En la actualidad, merced á un hecho casual observado por Flexner, el tratamiento de la parálisis infantil ha mejorado de un modo notable. Este observador ha notado que los gérmenes productores de la enfermedad se desarrollan mal y mueren por la acción de la luz intensa. Sobre este hecho, al parecer insignificante, se basa el tratamiento que hasta la fecha da resultados satisfactorios.

El Dr. Lucy O. Wight, de Nueva York, ha referido

la historia de veinte enfermos tratados por él, cuyos resultados deben conocerse.

Los enfermos procedían del Hospital Ortopédico de Nueva York; eran de las clases más pobres y todos ellos los casos más graves.

Como en el Hospital no podían permanecer más de catorce semanas, fueron llevados á sus casas en un estado lastimoso, la mayoría, sin poder mover las extremidades, etc.

Acudían á la clínica dos ó tres veces por semana, y dada la condición pobre de las familias, lo molesto del traslado y el carácter irritable de muchas madres, el resultado no podía ser muy satisfactorio.

En estas circunstancias fueron tratados en el mismo domicilio del Dr. Wight, hasta que se habilitó un bonito edificio cedido por la ciudad en Pelham Bay Park.

El tratamiento que hoy puede considerarse como específico consistió en lo siguiente:

Dado que las células de las astas anteriores de la medula, unas están destruidas, otras inhibidas por la presión intramedular causada por la hiperemia y el edema del estado agudo, los músculos conectados con ellas, pierden la facultad de contraerse voluntariamente ó de un modo reflejo y las partes afectadas se encuentran con trastornos grandes circulatorios inmóviles y fríos.

El tratamiento descansa sobre la acción de la luz el calor y el reposo.

Los miembros y partes afectas se envuelven en capas de algodón y en sacos de agua caliente, evitando los grandes movimientos al coger al enfermo, y todo lo que sea excitación brusca que ocasione roturas musculares.

En la espalda, especialmente en la región de la espina, se aplica lo que los ingleses llaman calor radiante luminoso, hasta conseguir una marcada hiperemia y copioso sudor.

Este calor radiante luminoso, lo proporciona una ó varias lámparas de incandescencia convenientemente dispuestas en aparatos apropiados.

La luz debe aplicarse á la espalda, al abdomen y á los músculos paralizados diariamente con lo cual se evita la atrofia muscular casi siempre.

Cuando la inervación es defectuosa, los músculos pierden su tono y se alargan. El restablecimiento del tono y la contracción es después difícil y se han propuesto y llevado á cabo diversas operaciones con el fin de acortar estos músculos alargados para restablecerles el tono.

Grosso modo podemos comparar el sistema neuro muscular á un electro motor. El inducido se mueve por la corriente que llega por los hilos. Si la corriente se interrumpe, el inducido permanece fijo. El músculo para contraerse necesita un estímulo, que fisiológicamente lo proporciona la corriente nerviosa. El músculo es la terminación del aparato neuromuscular y puede también contraerse por estímulos físicos (calor, luz, electricidad), químicos, sustancias irritantes que se ponen en contacto con él, y mecánicos, masaje, vibración, etc.

Utilizar estos medios para evitar la atrofia hasta el restablecimiento de la corriente nerviosa, es por ahora el ideal. Pero la idea fija debe ser el restablecimiento de la corriente nerviosa, que es el estímulo normal que le hace depender de nuestra voluntad.

Cuando por la acción del calor radiante luminoso se ha conseguido gran hiperemia y sudoración abundante, se emplea la vibración a lo largo de la espina y un par de veces por semana la electricidad estática del siguiente modo.

El polo negativo de la máquina estática se conecta con tierra y el positivo se une a una lámina de metal (plomo ó estaño) estrecha y larga que abarque toda la espina, la cual se fija con vendas ó con un saco de arena sobre la espalda del enfermo en la región de la medula espinal. La máquina debe ser potente, y si no se dispone de máquina estática puede utilizarse muy bien un resonador de Oudin.

Esta clase de corrientes (quince á veinte minutos de duración) producen un bombardeo molecular en el interior de los tejidos, que acelera los cambios metabólicos y origina la rápida reposición de las partes.

Es imposible que puedan formarse ideas de los efectos obtenidos por estas corrientes los que no están familiarizados con ellas.

Cuando empieza ya á restablecerse la corriente nerviosa, se emplean las corrientes galvánicas y farádicas muy moderadamente.

Está averiguado que las excitaciones bruscas ó violentas en lugar de regenerar destruyen la fibra muscular.

Tampoco debe fatigarse el músculo cuando ya empieza á contraerse con ejercicios exagerados. Debe restablecerse la función muy lentamente y el ejercicio debe ser proporcionado á la capacidad de la contracción.

Esta capacidad de la contracción se averigua por las reacciones eléctricas.

Las ropas de la cama no deben pesar demasiado sobre el enfermo y ha de tenerse mucho cuidado en las posiciones que adopte.

Las historias clínicas de los enfermos asistidos por el Dr. Wight son muy instructivas.

En todos los casos empleó el tratamiento que acabamos de describir y para formar juicio es conveniente transcribir dos ó tres de ellas.

Caso 1.º A. D., de tres y medio años de edad. Comenzó el padecimiento el 30 de Junio de 1916; fué trasladado al Hospital de Convalecientes el 19 de Noviembre del mismo año, cinco meses después del comienzo. Chico muy delgado y mal nutrido, anémico. Fórmula leucocitaria normal. Orina normal. Peso 27 libras. Lleva aparatos de soporte en las piernas. No puede sostenerse de pie sin apoyo. No hay reflejos en los brazos ni en las piernas. Las reacciones eléctricas en los brazos normales, en las piernas faltan. La pierna derecha flácida de la cadera para abajo. Los glúteos reaccionan ligeramente. En la pierna derecha el cuádriceps, abductores y adductores atrofiados y sin función, la pierna cae en abducción. En la pierna iz-

quierda el cuádriceps muy débil. Tibial anterior atrofiado y sin función el posterior y otros músculos muy débiles. Los estensores comunes y los perineales se contraen.

Después del tratamiento en Septiembre de 1917, pesó treinta y seis libras. La pierna derecha y el pie todavía flácidos. La rodilla en sobre extensión, el pie ligeramente caído. Seguía mejoría en toda la pierna. La izquierda ha ganado en todos sentidos. Puede hacer todos los movimientos normales sin fatiga. Puede contener el peso del cuerpo. Los músculos espinales han ganado. El chico puede sentarse, permanecer de pie y pasear con muletas.

Caso 2.º D. D. Cuatro años y medio de edad. Fué atacado en Agosto de 1916, con graves síntomas generales. Fué llevado bajo tratamiento el 16 de Noviembre de 1916, cuatro meses después del comienzo. Bien nutrido, pesó treinta y cinco libras; la sangre y orina normales. Los músculos faciales ligeramente afectados. Las extremidades superiores normales. En las inferiores los reflejos y reacciones eléctricas existen pero muy débiles. Todos los movimientos son posibles, si bien con gran dificultad. Se fatiga en seguida y no puede permanecer de pie ni pasear por la extrema debilidad. Atrofia general de la pierna izquierda y ligera contracción plantar del pie. Después del tratamiento, en Septiembre de 1917 pesaba treinta y nueve libras, todos los movimientos son normales, todos los músculos restaurados aun cuando se cansa pronto y el pie izquierdo le lleva algo inclinado.

Caso 5.º E. S. Comenzó el padecimiento en Julio de 1916, gradualmente, hasta presentarse una completa parálisis. Es un chico delgado, pálido, la cabeza grande y los músculos del cuello débiles. Caída del párpado izquierdo, no puede cerrar el ojo cuando duerme. Los músculos faciales del lado izquierdo flácidos. Los espinales muy débiles. Sentado inclina ligeramente los hombros adelante. Músculos abdominales débiles. En las extremidades superiores todos los músculos responden á las excitaciones eléctricas. Hay reflejos. Puede hacer los movimientos normales, pero inmediatamente se fatiga. Pequeños músculos del pie atrofiados. Tibiales y glúteos atrofiados y muy débiles. Ambos pies caídos. Fimosis.

Después del tratamiento en Marzo de 1917, todos los músculos normales. Fué circuncidado y enviado á su casa en estado normal.

Las restantes historias son parecidas y ellas nos demuestran, que estos pobres enfermos, de las clases más humildes de la sociedad, abandonados á la curación espontánea ó á un tratamiento defectuoso, hubieran quedado en una situación verdaderamente lastimosa.

Nosotros hemos ya publicado algunos casos en esta misma revista, de enfermos de poliometitis anterior que han venido de provincias, en un estado verdaderamente triste, con las extremidades paralizadas y que han vuelto á sus respectivas residencias en un estado completamente normal.

Periódicos médicos.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

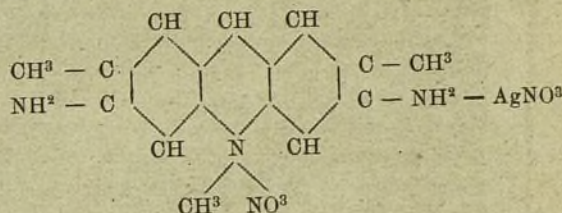
1. Tratamiento médico del bocio, por el Dr. Granville Ryan.—Al objeto de tratar el bocio exoftálmico se ha recorrido la farmacopea entera buscando un medicamento específico, pero no se ha conseguido hasta la fecha nada, principalmente á causa de que no hay solo que tener en cuenta los síntomas tiroideos, sino que están alteradas las funciones de todas las demás glándulas de secreción interna. Sólo con objeto de tratar la taquicardia se ha recurrido á numerosos remedios sin que el resultado fuese satisfactorio. La digital, antes empeora que corrige este trastorno. Según la experiencia del autor, el sulfanilato de sodio, á dosis mínimas, es muy útil en el tratamiento de esta taquicardia, auxiliado por las demás condiciones exteriores: medio ambiente, higiene. Además son muy convenientes el reposo total y la aplicación de una bolsa de hielo sobre la glándula y sobre el espacio precordial. Más que nada, este tratamiento es utilísimo como preoperatorio. Si fracasan los medios ligeros se puede recurrir al procedimiento de Porter que consiste en la inyección de agua hirviendo en el espesor del parénquima glandular. Otras veces es de resultado el tratamiento radiológico y la extirpación de las amígdalas. (*Medical Record*, 27 de Septiembre de 1919.)

2. Cura de la morfínomana, por el Dr. Camescasse.—El siguiente caso es de aplicación á los médicos rurales, tanto más cuanto que está escrito por uno que lo es. Dicha cura ha sido llevada á cabo mediante la intervención de tres personas. La morfínomana misma que careciendo de dinero se ha visto en la imposibilidad de pagarse la morfina, la boticaria (con título) que sustituyó á su marido movilizad, y un médico que no había visto jamás á la enferma y que dió sus indicaciones por escrito. Se trataba de una mujer de cincuenta años que se administraba tres gramos de clorhidrato de morfina cada cuatro días, ó sea setenta y cinco centigramos de morfina al día. Con motivo de la guerra se vió obligada la enferma, que ocupaba una situación social muy apurada, á disminuir su ración de morfina, consumiendo los tres gramos en una semana ó más tiempo todavía. Por otra parte, sustituido el farmacéutico por su esposa, ésta sintió remordimientos de despachar tal cantidad de morfina, y valida de la circunstancia de que la enferma no tenía otro sitio donde adquirir la morfina más que en su tienda, consultó por escrito con un médico que muchos años antes había tratado á otro morfínomano en otro pueblo. Mientras tanto la dosis había disminuído hasta tal punto, que sólo se inyectaba la enferma un gramo de clorhidrato de morfina disuelto en treinta centímetros cúbicos de agua. Este era el único dato que el médico recibió de la enferma, con la pregunta de si era posible llegar más adelante, á lo cual contestó: Que se podía llegar hasta la supresión total. Que la simple agua hervida debía sustituirse por agua cloroformada a saturación (las soluciones diluidas de morfina en agua hervida fermentan con gran facilidad), accidente que se evita empleando el agua cloroformada. Que cada semana debía disminuir la cantidad de morfina que entraba en la disolución en cinco centigramos hasta que no contuviese más que un centigramo por centímetro cúbico; desde este momento hay que disminuir la cantidad más lentamente.

Así lo hizo la farmacéutica, y en el momento en que el autor escribía las líneas los treinta gramos de agua cloroformada ya no contenían sino dos ó tres centigramos de clor-

hidrato de morfina en total. (*Bulletin Général de Thérapeutique*, Octubre de 1919.)

3. Un antiséptico nuevo, el septacrol (compuesto argentino soluble).—Su empleo en la peste y en la blenorragia, por el Dr. E. Forgues.—El septacrol es un nitrato doble de plata y dimetil-diamino-metil-acridina, que contiene 22 por 100 de plata metálica. He aquí su fórmula:



Es un polvo cristalino de color rojo pardo, sabor estíptico, poco soluble en el agua, pero algo higroscópico, lo cual no altera para nada sus propiedades. Las soluciones que se consiguen en agua destilada caliente pueden calentarse á 120 grados y tindalizarse, pero se descomponen lentamente por la luz. Manchan la ropa y las manos de color amarillo rojizo, pero esta mancha desaparece con el simple lavado jabonoso. Este medicamento tiene las incompatibilidades de todas las sales.

El poder antiséptico del septacrol no disminuye por las secreciones del organismo. Las soluciones de septacrol al 1 por 5.000, que el autor ha empleado para la desinfección de las manos, no tienen acción alguna sobre el epidermis. Introducido en el organismo por las vías intramuscular ó intravenosa produce intensa leucocitosis y aumento del poder fagocítico. Según el autor, carece este cuerpo de toda toxicidad. Ciertó que no se encuentra la plata en la orina, pero dadas las dosis exiguas que se administran por vía intravenosa no hay que temer el argirismo.

En la peste la ha usado el autor para desinfectar las escupideras. En la peste bubónica, cuando un bubón era único y doloroso y llevaba de dos á cinco días de existencia, extraía el autor un centímetro cúbico de pus mediante una jeringuilla y le sustituyó por otro centímetro cúbico de solución de septacrol al 3 por 1.000. La cantidad de solución inyectada llegó algunas veces á 2 ½ centímetros cúbicos. Con esta técnica se reblandeció rápidamente el bubón y la curación tiene lugar en la tercera parte del tiempo que si se le hubiese abandonado á su evolución espontánea. Antes de extraer la aguja se retira la jeringa, se aspira un poco de aire y se inyecta también, de modo que no quede nada de solución de septacrol en la aguja para que no se ponga en contacto con el tejido celular subcutáneo que produciría una escara de poca importancia, pero escara al fin.

La peste infecciosa se acompaña siempre de un estado infeccioso, septicémico y toxémico, que se prevé inyectando por vía intravenosa suero antipestoso; pues bien, como quiera que el suero escaseaba recurrió Forgues á la inyección por la misma vía de septacrol y llegó á componer la solución siguiente:

Septacrol.....	5 gramos.
Suero lactosado á 96 por 1.000.....	1.000 —

Disuélvase. Para inyectar á lo sumo 150 centímetros cúbicos.

A pesar de este tratamiento ha tenido el autor casos de muerte, pero algunos otros con septicemia que es casi sin excepción mortal han curado y eso que no se hizo tratamiento concomitante con suero que hubiera podido falsear los resultados.

En la blenorragia se ha empleado de diversas maneras,

Al principio, siguiendo el mismo método que con el perman-ganato, pero sin encontrar diferencia apreciable; después, instituyendo el método siguiente: Se preparan dos soluciones, una fuerte y otra débil.

Solución fuerte: al 6 por 1.000.

Solución débil: al 2 por 1.000.

Por la mañana se da un baño ultracaliente del siguiente modo: Se introduce el miembro en un recipiente que contenga agua templada, no es preciso que lleve ningún antiséptico, lo importante es la temperatura, y se va elevando progresivamente la temperatura de dicho líquido hasta llegar á 45 grados. Entonces se obtiene una hiperemia del miembro muy semejante á la que se conseguiría con el método de Bier, y además, el pus fluye á torrentes por la uretra. Después de este baño se instilan 4 á 8 centímetros cúbicos de la solución fuerte, se tapa el meato, se practica un masaje de la uretra durante cinco minutos y se vuelve á dar salida al líquido.

A mediodía se instila la solución débil y después se da el baño ultra-caliente.

Por la noche se repiten las mismas maniobras de por la mañana. Por este procedimiento se han visto cesar en ocho días gonococias que habían durado largo tiempo. Una observación de chancro blando múltiple cita también Forgues que tratado por baños de solución caliente de septacrol al 4 por 1.000, curó en quince días. Por fin, también comprende en la estadística un caso de úlcera fagedénica tratada por pomada de septacrol al 1 por 10 (cualquier excipiente graso es bueno), y con resultados favorables. (*Bulletin générale de Thérapeutique*, Octubre de 1919.)

SIFILOGRAFIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Del tratamiento precoz de la sífilis, por Leven. (*Deutsche med. Woch.*, núm. 31, 1919).—En conformidad con Wassermann, opina el autor que cuanto más pronto se establezca el tratamiento mejores resultados se obtienen. Si tan luego como se comprueba la presencia de espiroquetas en el chancro, que por la iluminación en campo obscuro puede hacerse en poco tiempo, se emplea el salvarsán ó el salvarsán y el mercurio, en la mayoría de los casos se evitan las recidivas clínicas y la reacción de Wassermann se sostiene negativa.

Es prematuro, sin embargo, deducir de esto que con seguridad se logra extirpar en el organismo á los espiroquetas: en primer lugar porque, con relación al largo curso de la sífilis, es aún corto el tiempo de observación de los casos en los que se ha establecido el tratamiento cuando la reacción de Wassermann era aún negativa: sabido es que tras largos períodos en que faltan los síntomas clínicos y serológicos puede la Wassermann tornarse positiva.

Otra prueba para dudar de que la curación sea completa es lo que se ve en la tabes: en ella, según los cuadros estadísticos de Weinger, la Wassermann del suero es positiva en el 60 al 70 por 100 de los casos: hay, pues, un resto de casos en los que de ordinario, por no decir siempre, á pesar de la muy probable presencia de espiroquetas en el organismo, la Wassermann es negativa. La naturaleza sifilítica de la tabes es para ser discutida. Pero para resolver con certidumbre esta cuestión hay que decir primero si el proceso íntimo y esencial de la Wassermann nos es exactamente conocido.

Para que aparezca la Wassermann es necesario que tenga cierto grado de concentración la solución de las sustancias que la determinan: si estas sustancias, á pesar de formarse continuamente, permanecen adheridas á los tejidos, ó si son destruidas ó eliminadas, no llegan á estar disueltas

en cantidad suficiente para hacerse sensibles: puede, pues, haber en los tejidos lesiones sifilíticas que no son acusadas: este estadio puede ser muy largo ó durar toda la vida. No están en relación la gravedad de la enfermedad y la intensidad de la reacción, dependiendo aquélla, principalmente, de que la localización se verifique en un órgano más o menos esencial para la vida. Sería, pues, preciso perfeccionar en su esencia, y hasta un grado á que nunca se llegará, los procedimientos actuales para que en cualquier período de la infección fuera imposible la existencia en el organismo de los espiroquetas sin que la Wassermann apareciera. El valor de esta reacción para el pronóstico siempre será problemático, puesto que no se sabe si los espiroquetas, que pueden estar en el organismo sin que los acusa, determinarán ó no lesiones importantes. En todo caso sería preciso establecer el plazo durante el cual la Wassermann debe permanecer negativa, y esperar á que transcurriera este tiempo, para establecer con seguridad el pronóstico. Hay, por lo tanto, que ser muy cauto para avalorar los resultados de la Wassermann respecto á si la curación es completa.

Aún hay más pruebas en favor de lo dicho.

En el período primario, cuando todavía la Wassermann es negativa, existen ya espiroquetas en los órganos. Los estudios experimentales de Neisser prueban que á los once días de la inoculación, antes que en el sitio de ésta se presenten lesiones específicas, existe ya en todo el organismo virus inoculable. Hechos estos experimentos en los monos, cabe dudar hasta qué punto las deducciones serán aplicables al hombre; pero en vista del escaso resultado de las escisiones y canterizaciones del chancro, es de creer, dice Neisser, que la propagación de los espiroquetas á los tejidos vecinos y su difusión por la circulación general, es mucho más rápida en el hombre que en el mono. Dedúcese de aquí como consecuencia práctica importante, que si para establecer el tratamiento se espera á que la Wassermann se haga positiva, se pierde un tiempo precioso, durante el cual quizás se exterminaría mejor el espiroquete en la proximidad de su puerta de entrada.

Puesto que, como se ha dicho, cuando la Wassermann se hace positiva existen ya virus en los órganos y focos metastásicos en los tejidos, es inadmisibile la división que establece Wassermann de la sífilis en dos estadios, el que precede á la aparición de Wassermann, durante el cual considera á los pacientes como portadores de espiroquetas, pero no como verdaderos sifilíticos, y el que sigue á la aparición de aquélla, en que considera ya á la sífilis como constitución. En confirmación de esto debe recordarse lo que ocurre en el período primario de la sífilis seronegativa: al día siguiente de una inyección provocatriz de salvarsán, la Wassermann se torna de negativa en positiva. No es, pues, el sifilítico en el primer estadio un mero portador de espiroquetas, que pudiera albergar éstos temporalmente, aun sin que llegaran á producir en él la enfermedad, sino que es un verdadero enfermo, en el que la sífilis recorrerá sus fases si no es sometido á tratamiento. L. P.

2. Terapéutica intrarraquídea en la sífilis nerviosa, por J. A. Fordyce.—Fordyce sostiene de nuevo que los resultados subsiguientes al tratamiento de la sífilis dependen en gran parte de la antigüedad de la infección. Por esta razón pone de relieve la importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento enérgico. Una cura serológica, en los casos de sífilis de la fase secundaria tardía y subsiguiente á ésta, es difícil de obtener y requiere un conocimiento exacto de cómo deben usarse los agentes terapéuticos. Cuando el sistema nervioso central está invadido, el problema se complica por la naturaleza altamente organizada de los tejidos,

resultado de degeneraciones secundarias y de la inaccesibilidad de los espiroquetos en ciertos tipos de sífilis nerviosa. El éxito ó el fracaso en el uso de la terapéutica intrarraquídea, depende de la técnica que se emplee y de la persistencia del médico en practicarla. Sobre todo hay que tener en cuenta las indicaciones citobiológicas del licor cefalorraquídeo para iniciar ó persistir en esta terapéutica. Fordyce indica el orden en que desaparecen las diferentes reacciones. La citológica es por lo regular la primera fase que se influencia en las infecciones persistentes. En algunos casos, el tratamiento debe continuarse de uno á dos años antes de que se ejerza acción definitiva sobre el contenido en globulina ó sobre la reacción de Wassermann. La modificación de la intensidad de la reacción de globulina va seguida generalmente de debilitamiento de la reacción de Wassermann y de una alteración de la reacción del oro coloidal. Las alteraciones rápidas de la reacción de Wassermann, cuando es fuertemente positiva, á diluciones altas, no se presentan según el autor, como no sea en casos de meningitis sifilítica precoz. En los casos antiguos de sífilis nerviosa, una disminución de la intensidad de la reacción de Wassermann es de pronóstico bueno, y cuando llega á hacerse negativa, Fordyce ha examinado pacientes después de uno, dos ó tres años, que no han presentado reaparición de ninguna de las fases anteriores. (*A. J. of Syphilis*, Julio 1919.)

MEDICINA INTERNA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Sobre un caso de hemorragia del cerebelo.—Los doctores Chiapponi y González refieren el siguiente interesante caso:

Se trata de un enfermo que venimos observando desde hace ocho meses, habiendo seguido toda la evolución del accidente que comentamos, desde la brusca iniciación hasta el estado actual en que los síntomas están atenuados.

A pesar de la falta de prueba anatómica, esta observación tiene importancia por la circunstancia anotada: porque si la observación clínica rigurosa del mal en toda su evolución no tiene el mismo valor comprobativo que la prueba material, no puede negársele importancia á aquella si es practicada por el clínico especializado. Por otra parte, no todas las manifestaciones clínicas tienen una base anatómica demostrable. Esta ligera advertencia nos parece necesaria, porque en neuropatología, en materia de diagnóstico focal, tienen verdadero valor sólo las observaciones que reúnen al examen minucioso del enfermo, practicado por un observador avisado, la comprobación anatómica en cortes seriados, tratados por los diversos métodos de laboratorio.

Por eso la neurología será siempre una especialidad, en la buena acepción de la palabra, indispensable, por el contingente de conocimientos que en esa forma aporta día á día la anatomía y fisiología normales y patológicas del sistema nervioso, tarea que, es obvio, no está en condiciones de practicar el clínico general. Otra cosa es desempeñarse más ó menos bien en la práctica profesional.

Anotamos los siguientes datos extractados de la historia clínica de José R., de cincuenta y cinco años, casado, músico.

Los antecedentes carecen de importancia. Es un sujeto corpulento que le ha gustado mucho la buena mesa; ligeramente hipertenso y con una angioesclerosis de mediana intensidad.

a) En el mes de Agosto de 1917, encontrándose en buena salud, sintió un «mareo» y perdió las fuerzas de la mitad izquierda de su cuerpo (*hemiparesia izquierda*). Esta parálisis fué poco marcada, siempre pudo caminar, mejoró rápida-

mente, pero la mano perdió para siempre la precisión para los delicados movimientos que le exige su profesión. Eso sí, siempre estuvo superpuesta de perturbaciones sensitivas, desde el comienzo de su mal hasta hoy (*hemianestesia izquierda*). En estas condiciones permaneció catorce meses.

b) El 28 de Noviembre próximo pasado (1918), á medio día, en plena digestión, experimenta un *vértigo intensísimo*. Intentó caminar y pudo hacerlo, pero apoyándose en la pared, porque se encontró completamente inseguro a pesar de poseer toda su fuerza. Se vió obligado, por eso, a guardar cama, y le aparecieron *vómitos intensos que se repitieron durante quince días consecutivos*, especialmente si intentaba sentarse en cama. Al mismo tiempo tuvo *diplopia*.

Ingresó á la clínica neurológica, á los diez días de su segundo ataque, donde comprobamos el siguiente estado: Permanece constantemente en decúbito dorsal, *vertiginoso*. La posición de sentado le es imposible, titubea y aumenta su estado vertiginoso. La estación de pie le es totalmente imposible: acompañado por dos enfermeros marcha muy inseguro demostrando *gran asinergia* y movimientos desordenados de las piernas de carácter *dismétrico* y atáxico. Examinando los *movimientos aislados* de sus miembros, el sujeto en cama, nótanse conservadas sus fuerzas, exceptuando la antigua *LIGERA hemiparesia izquierda* superpuesta de una *ligera hemianestesia* tipo cerebral. Pero, en cambio, los movimientos están muy perturbados cualitativamente, mostrando marcada *asinergia*, *dismetria* y *adiadococinesia*, tanto en uno como en otro lado del cuerpo, pero predominando en el lado izquierdo (en este lado se agrega una ligera ataxia). Los reflejos tendinosos son muy débiles todos, á punto de no obtenerse los de los miembros superiores (*hiporreflexia tendinosa difusa*).

Hay una *parálisis de ambos rectos externos*. Las pupilas reaccionan bien, son iguales (der. > izq.?). Los nervios craneales restantes sin novedades, el octavo par especialmente.

Nada en su esfera psíquica. *Disartria*.

El ojo izquierdo tiene una *papila muy grande* y su visión = $\frac{1}{2}$.

Las reacciones de laboratorio, negativas.

Así expuesto el caso, las dificultades del diagnóstico no aparecen. Se trata de un sujeto que había tenido ya un ligero ictus, seguido de fenómenos hemiparéticos hemihipoestésicos izquierdos, que se atenuaron rápidamente, dejando un ligerísimo déficit sensitivo-motriz izquierdo y que, catorce meses más tarde, tuvo un segundo «ataque» vertiginoso que estableció bruscamente un síndrome cerebelar acusado (perturbaciones de la equilibración y perturbaciones de la «calidad» de los movimientos aislados de los miembros).

No fué tan fácil, como se comprenderá, hacer el diagnóstico focal cuando vimos por primera vez el enfermo, á los pocos días de su segundo ataque. Es bien sabido que lesiones del bulbo, del puente y de los pedúnculos cerebrales pueden originar síntomas cerebelares acusados, agregados de signos dependientes de los haces de proyección sensitivos y motrices, y de la participación de los nervios craneales.

Largo sería reeditar el razonamiento que nos hizo eliminar una lesión de estas regiones, pues podríamos repetir el diagnóstico focal de las lesiones bulbo pontopedunculares. Sólo queremos recordar que en este caso, como siempre, fué el estudio ponderado de los antecedentes, unido á la incongruencia de los síntomas sensitivos, motrices, cerebelares y de los nervios craneales, lo que nos permitió sentar el verdadero diagnóstico focal que la evolución del caso ha confirmado.

Se trata de una arterioesclerosis á predominio cerebral

que ha originado dos focos, uno cápsulo-talámico derecho y, muchos meses más tarde, una hemorragia cerebelar, caracterizada por un intenso ictus vertiginoso y un marcado síndrome cerebelar que, muy lentamente, ha ido disminuyendo de intensidad, pero que, sin embargo, hoy, después de siete meses de evolución, se manifiesta todavía por las perturbaciones de la marcha y por ligeras alteraciones de la «calidad» de los movimientos (disimetría, adiadocoquinesia, asinergia).

Las hemorragias cerebelares «curables» no son frecuentes en clínica, por eso hemos creído fuera interesante el presente caso. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 9-10-919).

1 Sobre un caso de encefalitis letárgica.—El Dr. Rivas refiere el siguiente caso, al cual se le puso la etiqueta de gripe cerebral.

Señora N. de B. Mujer robusta, de veintidós años de edad, sin antecedentes de importancia. Embarazada de dos meses. Cefalalgia, ptosis palpebral bilateral súbita; temperatura entre 39° y 40°, delirio tranquilo, somnolencia persistente.

Lo que llamaba la atención era esta somnolencia; la familia fué lo primero que notó días antes. La enferma dormía siempre. Antes de que se le hiciera guardar cama, sentada en un sillón, sin abrir los ojos, dormía siempre. Sólo contestaba cuando se le hablaba. Al principio modulaba bien, después acusó disartria.

Por su embarazo y su relativa anuria, se le practicó un análisis de orina; poca albúmina. Temiendo fenómenos renales se le hizo un tratamiento enérgico. Dieta, derivados, hielo en la cabeza, baños calientes, suero de la vena renal de cabra. Se produjo el aborto. Los fenómenos apenas se atenuaron. La temperatura y el sueño persistían; contestaba; después caía en el sopor. Entreabriéndole los ojos, se veía un estrabismo interno y ligera congestión conjuntival. Lengua saburral. Quitando la saburra, aparecía el tinte porcelánico de la lengua de Faissans.

En la encía superior un liserado rojo, junto al reborde alveolar. Sobre los pilares anteriores nítidamente, el arco gripal y ligera faringitis. Se pensaba á ratos en uremia y en meningitis, diagnósticos que después de detenido examen se los excluyeron definitivamente.

Ahorraré palabras.

No había ni convulsiones, ni hiperestesia. Las contracturas eran sólo de los músculos faciales. El botulismo fué también descartado por la falta de dilatación pupilar y de sequedad de las mucosas; por no haber antecedentes; por el estado de persistente somnolencia, que no le es característico.

De modo que los fenómenos de ligero meteorismo intestinal fueron atribuidos más que á fermentaciones ó descomposiciones alimenticias, á parálisis intestinal, lo que estaba de acuerdo con la incontinencia fecal que más tarde sobrevino. Desechamos igualmente al tumor cerebral por la rapidez del proceso; de absceso, por la falta de oscilaciones térmicas, con escalofríos, etc., lo mismo que de localizaciones, contracturas, convulsiones, etc.; de sífilis, por la falta de antecedentes y de reacción al tratamiento que se le instituyó más tarde.

Los fenómenos se mantuvieron invariables. A los veintiocho días, la enferma murió súbitamente, sin haber conseguido hacer el examen del líquido cefalorraquídeo.

Clínicamente es una encefalitis letárgica. Y esa encefalitis letárgica, en medio de una epidemia de gripe, con ausencia de todo otro antecedente y teniendo, en cambio, sus signos más patognomónicos, no deja duda alguna de que forma parte del cortejo de la extensa sintomatología gripal.

(*Semana Médica*, Buenos Aires, 23 de Octubre de 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. Tratamiento de la coqueluche por el éter.—Según el profesor Audrain, de Caen (*Progrès Méd.*, núm. 33), la coqueluche puede ser curada rápidamente, con tres ó cuatro inyecciones de éter puro á 66° practicadas cada dos días.

La dosis es de un centímetro cúbico por inyección, hasta la edad de diez meses, y de 2 c. c. de diez meses en adelante.

Las inyecciones deben hacerse intramusculares, practicándolas de preferencia cerca del punto de Barthelémy. (Estando el muslo en extensión, marcar el centro de una línea vertical que vaya del borde posterior del trocánter mayor á la cresta ilíaca; practicar la inyección dos centímetros detrás de este punto.)—J. F.

4. Vaccinoterapia de la forunculosis, por H. Schirokauer.—En tanto que es casi inapreciable la acción preventiva de la vacuna antiestafilocócica, es muy notable su acción curativa en las dermatomicosis crónicas; especialmente en las forunculosis recidivantes y rebeldes, tan frecuentemente observadas durante la guerra y después de ella.

El autor la ha empleado en diez y nueve de estos casos, alguno de los cuales databa de tres años, y en la mayoría de los cuales habían fracasado el arsénico, la levadura de cerveza, etc. Los abscesos grandes y profundos fueron incindidos, y en el centro de los pequeños y medianos se inyectó fenol alcanforado (1:2) al mismo tiempo que se empleaba la vaccinoterapia para evitar la formación de nuevos focos. En vez de las vacunas autógenas, como Rosenthal, se empleaba la opsógena, en ampollas de 1 c. c., con 100 hasta 1.000 millones de gérmenes. Las inyecciones se practicaban en la región interescapular, en el brazo ó en los glúteos. No producían apenas fiebre ni reacción local. Generalmente se inyectaban 100 millones de gérmenes, y si la reacción faltaba por completo se repetía la dosis al día siguiente; después se ponían dos inyecciones á la semana. De los 19 casos curaron por completo 16, y en los restantes fué preciso repetir las inyecciones algunos meses más tarde por haber aparecido nuevos forúnculos. (*Die Therapie der Gegenwart*, Octubre, de 1919.)—L. P.

ELECTROLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Tratamiento del corea de Sydenham, por el baño estático. El Dr. Alberto Marque ha tratado varios casos, cuyas historias detalla, por este procedimiento, habiendo suspendido toda otra medicación interna, y dice que los beneficios del tratamiento, con la prontitud que los signos van desapareciendo, la inocuidad del mismo procedimiento, donde no se introduce tóxico alguno en el organismo, y el éxito evidente obtenido en estos casos, que se van aumentando con el tiempo, son particularmente intensos, donde hay resistencia á las drogas, y trastornos graves (fenómenos de fonación).

Rebelde á otros tratamientos, como uno de ellos, con dos años de evolución, y que han curado en pocas aplicaciones con este nuevo recurso en la medicina general.

La aplicación de la ducha oscila entre diez minutos y media hora, en todos estos casos tratados. Lo que llama la atención, es el resultado notablemente inmediato.

A las pocas aplicaciones, ceden los trastornos más comprometedores alarmantes, como son la disfagia, la disfonía, la imposibilidad de dormir ni estarse sentado, así como la de servirse los alimentos. (*Semana Médica*, Buenos Aires, Julio, 10-919.)

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.

Paréntesis forzoso.

Tres semanas han pasado desde la aparición de nuestro último número. Nunca, en la larga vida de EL SIGLO MÉDICO, á través de movimientos revolucionarios, de restauraciones, de guerras civiles y de dificultades de toda especie, había transcurrido un lapso de tiempo semejante que cortara, siquiera transitoriamente, nuestra relación con los médicos españoles; pero las circunstancias mandan y contra las imposibilidades materiales, sirve de poco el esfuerzo de la buena voluntad.

Hoy, desaparecidas las dificultades á que nos referimos y que hemos tratado de soslayar por todos los medios posibles, sin que hayamos podido conseguirlo, pues que no dependían ni de nuestra gestión ni de nuestras iniciativas, volvemos á nuestra antigua correspondencia con nuestros amigos de siempre y esperamos confiados que no vuelva á ocurrir lo ocurrido, proponiéndonos indemnizar en la parte material de nuestra publicación el perjuicio que han sufrido nuestros suscriptores, publicando los números retrasados con toda premura, á fin de recabar nuestro curso normal.

La huelga de impresores y tipógrafos ha cesado, y, por lo tanto, todo es ya cuestión de tiempo y de trabajo para nosotros, que nunca estimamos como trabajo el cumplir nuestros compromisos con la amplitud con que siempre lo hemos hecho.

El Ministerio, cuya formación anunciábamos al cesar nuestra publicación ordenada, se ha constituido y, abiertas las Cortes, se propone continuar la labor parlamentaria de la anterior y obtener, si sus patrióticos colaboradores se lo consienten, la aprobación de los presupuestos.

Para nosotros, mas aún que para todos los españoles, es esta cuestión de importancia vital; pues no es de creer que el Sr. Bugallal, que continúa desempeñando la cartera de Hacienda, dé al olvido sus benévolas y sinceras promesas relativamente á la garantía del pago de los titulares por el Estado.

En cuanto al señor ministro de la Gobernación, Sr. Fernández Prada, sus antecedentes de hombre culto, de alta inteligencia y de recto proceder, nos

permiten asegurar que no será para él indiferente la apremiante cuestión de las reformas de la sanidad pública y comenzará por mantener el proyecto de ley de Profilaxia que su antecesor presentó al Senado y que se encuentra en trámite de dictamen ante la Comisión que se nombró al efecto.

No podemos, pues, presagiar nada malo, pero tampoco nos fiamos de lo que el porvenir inmediato nos reserve, pues lo primero que encontramos como signo amenazador es la disposición de las agrupaciones parlamentarias á provocar debates y dificultades artificiosas, en cada uno de los cuales puede este Gobierno correr la misma suerte de los que le han precedido. Por nuestra parte, no hemos de cejar en ninguna de las esferas en que nuestra voz puede ser oída para exigir de éste lo mismo que hemos pedido de los otros.

DECIO CARLAN

CARTA ABIERTA

Otro voto en contra

Sr. D. Hipólito R. Pinilla.

Mi querido amigo: Dudaba yo estos días, después de leer el Reglamento del Sindicato médico de Madrid que me ha sido enviado, si debía limitarme á responder escuetamente á la invitación que le acompañaba, ó si debía explicar mi negativa á los buenos amigos que la suscriben y otros entusiastas propagandistas de la sindicación, con los que he discutido largamente en las semanas pasadas. Al ver su artículo en el número pasado del SIGLO me he decidido á explicar esta actitud mía, adhiriéndome en absoluto á todos sus comentarios, que me parecen acertadísimos.

Yo no me sindicalo porque, en principio, creo que todos los beneficios que se pueden lograr para la clase médica, pueden alcanzarse sin sindicatos, con una simple unión fervorosa de los médicos de cada cuerpo ó de cada grupo y, si lo exigen las circunstancias del caso, de cada ciudad ó de cada región. Esta unión libre y eventual, presidida por un alto espíritu de compañerismo, pero no por pactos que no se sabe hasta donde puedan comprometer la libertad individual, lo lograría todo como el sindicato y sería mucho más simpática. El sindicato parece que trata de atar á aquellos médicos reacios en el cumplimiento de los deberes elementales de este compañerismo. Allá con ellos. Yo tengo la

conciencia tranquila de haber sido siempre, ante todo, buen compañero, como médico libre y como individuo del único cuerpo á que pertenezco. No necesito de pacto alguno para seguir siendo así.

En cambio, no quiero comprometerme á los casos que indica y que deja entrever el escurridizo, el poco franco reglamento que nos han enviado. Cuando yo necesite de un compañero, me atenderé á su ciencia, á su moralidad, ó á tantas otras circunstancias, antes de fijarme si es sindicado ó si no lo es. Si alguna vez he de influir en la otorgación de algún puesto profesional, me parecerá indigno ir á decidir con el prejuicio de que los aspirantes sean sindicados ó no.

Siempre me repugnó la masonería. Hace, en este caso, el Reglamento, la salvedad de que se preferirá al sindicado «en igualdad de las otras circunstancias». Pero esto no es más que una de las muchas vaguedades peligrosas de que está repleto el articulado. La conciencia humana no tiene un peso para juzgar matemáticamente; y el único modo de acercarse á esa ponderación ideal de «las circunstancias», es ir al juicio sin prejuicios; y no es flojo prejuicio el lazo sindicalista.

Y tantas cosas más. ¿Cómo entregar de antemano al arbitrio de una mayoría el puesto que gané en una oposición honrada y trabajadora? ¿Cómo atarse de manos ante esa elástica fórmula de que la Asociación «utilizará los medios que estime necesarios»? ¿Cuáles pueden ser esos medios? ¿Por qué no habla el Reglamento valientemente de la huelga, que sabe que á nosotros médicos nos repugna y que, por cierto, los propios sindicalistas obreros acaban de eliminar de los procedimientos á seguir por los médicos? Y por fin, el amor al proletariado obrero, el entusiasmo por las tendencias que actualmente arrastran al mundo, ¿puede llevarnos á ligar nuestra suerte á la de esos otros «organismos» de los que, también equivocadamente, habla el apartado 6.º del capítulo I? En tiempos en que á muchos parecía atrevimiento el ir á la Casa del Pueblo, he ido yo á aportar mi modesto esfuerzo á la causa del proletariado; pero de eso á solidarizar nuestra acción social con la de los gremios de trabajadores manuales hay una inmensa distancia, que no debemos salvar, no porque crea yo—nadie menos que yo—que hay castas distintas en las que, al fin, viven de su esfuerzo, sea manual ó intelectual; sino nuestros derechos, *nuestros deberes*, nuestras aspiraciones y nuestros procedimientos se maduren en un plano distinto del de los obreros. Aparte de que, recorriendo la infinita justicia de la mayor parte de las reclamaciones materiales del obrismo actual, amarga el ánimo la tal ausencia de ansia espiritual que hay en esas aspiraciones, que parecen salidas del seno de una colonia de gastrozoos.

Me asombra ver enganchados á la reunión acéfala del sindicalismo á gentes que hasta ahora sirvieron por la mayor distinción de su espíritu, el libre ejercicio de todos los derechos que nos habían dado á los hombres tantos años de lucha por la libertad. ¡Qué alucinación la que no hacen ver á tantos ojos inteligentes que el mito del proceso que todos perseguíamos se ha escapa-

do de las manos que le conducían antes y ahora está no sabemos dónde! ¿Cómo compaginar la abdicación sindicalista con el entusiasmo democrático de antes, en tantos amigos nuestros? ¿Cómo pueden vislumbrarse en el sindicato los mismos que, por ejemplo, firman la protesta contra las Juntas de Defensa, por el atropello *sindicalista* que han cometido contra los alumnos de la Escuela de Guerra?

No, no. Yo no me indico.

Pero ya es bastante con lo dicho. Perdóneme la longitud de esta, que, en realidad, debiera haberse reducido á una frase de adhesión. Su muy amigo,

G. MARAÑÓN.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION (1)

85

Meningitis cerebro espinal epidémica. — La meningitis cerebro espinal en España. — Morfología del meningococo. — Vitalidad. — Toxinas. — Inoculación en los animales. — Localización del meningococo. — Pseudo meningococos. — Síntomas clínicos de la meningitis epidémica. — Marcha metódica para diagnosticar la meningitis epidémica en el vivo y en el cadáver. — Reconocimiento del meningococo en los supuestos portadores de gérmenes. — Profilaxis de esta enfermedad. — Sueroterapia.

86

Etiología, síndrome, epidemiología y profilaxis de la tos ferina y de la parálisis epidémica.

87

Gripe pulmonar y enfermedades pulmonares agudas contagiosas. — Gripe. — Historia epidemiológica. — Etiología. — Sintomatología. — Cuadro clínico general de la gripe. — Formas y complicaciones. — Modo de propagación de la gripe. — Contagiosidad de las formas. — La doctrina de la infección por las gotas.

88

Pulmonía. — Contagiosidad de la pulmonía y de otras enfermedades agudas respiratorias. — Etiología y bacteriología de estas enfermedades. — Persistencia y resistencia del pneumococo. — Manantiales infecciosos y modos de transmisión. — Porcentaje de portadores; su virulencia. — Influencia de los convalecientes. — Transmisión por el aire. — Contagiosidad de las enfermedades agudas del tractus respiratorio en los griposos. — Ventajas del aislamiento de los griposos graves: ventajas del aislamiento para los griposos.

89

Sarampión. — Etiología. — Síntomas. — Epidemiología. — Profilaxis. — Razones del fracaso y de la conveniencia del aislamiento. — Vías de transmisión. — Roséola y rubéola escaratiniforme. — Etiología, síndrome, diagnóstico y epidemiología.

90

Escarlatina. — Etiología. — Síndrome. — Formas atípicas. — Diagnóstico. — Epidemiología y profilaxis. — Formas de propagación. — Propagación por contactos, por los objetos de uso y por la leche. — Propagación intrafamiliar y hospitalaria.

(1) Véase el número anterior.

laria.—Importancia epidemiológica de los casos atípicos.—Bacilos diftéricos en los escarlatinosos.

91

Etiología, sintomatología, epidemiología y profilaxis de la varicela.—Sudor miliar.—Historia.—Etiología, síndrome, epidemiología y profilaxis.

92

Septicemias estreptocócicas.—Estreptococos.—Variedades.—Propiedades biológicas.—Métodos diagnósticos.—Epidemiología de las septicemias estreptocócicas.—Septicemia puerperal.—Profilaxis, vacunas y sueros antistreptocócicos.

93

Septicemias estafilocócicas.—Estafilococos.—Variedades.—Propiedades biológicas.—Métodos diagnósticos.—Resistencia de los estafilococos a los agentes exteriores.—Septicemias pneumocócicas.—Otras septicemias.—Profilaxis de las septicemias estafilocócicas y pneumocócicas.—Sueros y vacunas.—Epidemiología y profilaxis de la erisipela y del reumatismo articular agudo.

94

Enfermedades infecciosas comunes al hombre y a los animales.—Actinomicosis.—Descripción del actinomicosis.—Orígenes de la infección en el hombre.—Evolución clínica y anatomía patológica.—Actinomicosis en los animales.—Causas del contagio.—Profilaxis.

95

Etiología, epidemiología y profilaxis del ántrax, glosopeda, peste bovina y carbunco sintomático.—Modos de transmisión por contacto, objetos de uso, material de conducción y transporte de ganados.—Muermo.—Muermo de los animales.—Muermo humano.—Caracteres del bacilo de Pfeiffer.—Cultivos.—Virulencia.—Resistencia a los agentes desinfectantes.—Diagnóstico.—Malefina y reacción de aglutinación.—Profilaxis e inmunidad.—Suero antimuermoso.

96

Carbunco.—Morfología del bacillus anthracis.—Formación de esporos.—Resistencia.—Medios de cultivos.—Acción patogénica sobre los animales.—Formas clínicas en el hombre.—Epidemiología.—Profilaxis.—Vacuna y suero.

97

Tétanos.—Caracteres morfológicos y biológicos del bacilo tetánico; cultivos.—Estudio de la toxina tetánica.—Tétanos experimental y espontáneo.—Condiciones de la infección tetánica.—Medios de propagación del bacilo tetánico.—El tétanos en el hombre.—Epidemias de tétanos.—Diagnóstico.—Suero antitetánico.—Valoración de su poder preventivo y curativo.

98

Fiebre de Malta.—Principales manifestaciones clínicas.—Morfología y biología del micrococcus melitensis.—Papel patógeno para algunas especies de animales.—Modo de transmitirse la enfermedad al hombre.—Diagnóstico bacteriológico y clínico.—Profilaxis.—Valor del suero y de las vacunas.

99

Rabia ó hidrofobia.—Historia.—Agente productor de la rabia.—Anatomía patológica.—Corpúsculos de Negris.—Re-

cientes investigaciones de Noguchi sobre el agente etiológico de la rabia.—Curso de la infección rábica en el hombre.—Rabia experimental.—Localización del virus rábico en los animales.—Propiedades del virus rábico.—Evolución de la rabia en los animales.—Diagnóstico experimental y parasitológico de la rabia.

100

Profilaxis de la rabia.—Vacunación preventiva.—Método preventivo de Pasteur y modificaciones posteriores.—Métodos de Hogyes.—Resultados obtenidos con las vacunaciones preventivas.—Naturaleza y duración de la inmunidad.—Sueroterapia de la rabia.—Instalación y marcha de un Instituto antirrábico.

101

Enfermedades propagables por artrópodos, vectores ó huéspedes de agentes infectantes.—Paludismo.—Diversos parásitos del paludismo y su acción especial.—Diagnóstico parasitológico del paludismo.

102

Epidemiología del paludismo.—Condiciones individuales.—Distribución geográfica de los mosquitos en el paludismo.—Influencia de los agentes climatológicos en el desarrollo del paludismo.—Regiones palúdicas en España.

103

Profilaxis del paludismo.—Medios profilácticos con respecto al hombre.—Lucha contra los mosquitos infectados é indómitos.—Destrucción de las larvas.—Plan razonado de una campaña antipalúdica, según las diversas circunstancias.

104

Filariosis.—Microorganismo y mosquitos.—Epidemiología y profilaxis.—La malaria.—Etiología, síndromes, epidemiología y profilaxis.

105

Tripanosomiasis humana.—Morfología y biología generales de los tripanosomas.—Enfermedad de sueño.—Profilaxis.—Trabajos de la Comisión española encargada de estudiar esta enfermedad en el Golfo de Guinea.—Ligera idea de la tripanosomiasis en los animales.

106

Piroplasmosis humanas.—Etiología y distribución geográfica.—Epidemiología y profilaxis.—Leishmaniosis.—Kala-azar.—Etiología y distribución geográfica.—Estudios acerca del kala-azar en España.—Epidemiología y profilaxis de la coccidiosis.

107

Esporotricosis.—Morfología y biología del sporotrichum heumanni.—Cultivos.—Experimentación en los animales.—Diagnóstico por examen directo.—Suerodiagnóstico.—Reacción de fijación é inoculación.—Epidemiología y profilaxis en general de las hifas y blastomicosis.

108

Fiebres recurrentes.—Morfología y biología del espirilo de Obermeier.—Patogenia.—Diagnóstico microbiológico.—Suerodiagnóstico.—Modo de transmisión de las fiebres recurrentes.—Profilaxis.

109

Tifus exantemático.—Distribución geográfica.—Gérme-

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.

Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

nes descritos como su causa específica.—Parásitos transmisores y su combate.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Terapéutica específica.—Profilaxis.

110

Parálisis espinal infantil.—Su distribución geográfica.—Principales agentes causales y transmisores.—Anatomía patológica y sintomatología.—Diagnóstico.—Profilaxis.

111

Lepra.—La lepra en España.—Bacilo de la lepra.—Caracteres morfológicos y biológicos.—Mecanismo de la infección leprosa y hechos que demuestran la contagiosidad.—La receptividad leprosa.—Puertas de entrada del bacilo.—¿Puede considerarse la lepra como una enfermedad hereditaria?—Profilaxis individual.

112

Formas clínicas, lesiones y diagnóstico de la lepra.—Etiología y profilaxis sociales de la lepra.—Distribución geográfica de esta enfermedad.—Las corrientes de emigración y la expansión de la lepra.—Receptividad de las diversas razas.—Medidas sanitarias internacionales para combatir la lepra.—Situación actual de los grandes focos de lepra.—Leprosías.—Su construcción y organización.—Leprosías españolas.

113

Epidemiología y profilaxis de las enfermedades producidas por los gusanos y larvas.—Sintomatología general y diagnóstico de las helmintiasis.—Diagnóstico del equinococo por la reacción de desviación del complemento y por las precipitinas.—Profilaxis general de las helmintiasis producidas por cestoides, trematoides y nematoides.—Modo de infección, estado del parásito o intermediario o huésped habitual.—Epidemias de triquinosis y su profilaxis.

114

Anquilostomiasis.—Historia.—Principales focos endémicos en España.—Descripción de los anquilostomas.—Mecanismo de contagio.—Epidemiología.—Diagnóstico parasitológico de esta enfermedad.—Medidas profilácticas.

Programa de legislación y administración sanitaria.

TEMA 1.º

Concepto del Poder y de sus órganos y funciones conforme a la Constitución.—Naturaleza, caracteres y facultades de la Administración como Poder.—Potestad reglamentaria de la Administración.—Potestad imperativa, correctiva y disciplinaria.—Potestad ejecutiva.—Potestad jurisdiccional.—Jurisdicción en la vía gubernativa.—Concepto de la contencioso-administrativa.

2.º

Fuentes del Derecho administrativo: su valor real y legal.—Leyes, Reales decretos, Reales órdenes, Reglamentos, Instrucciones, circulares, disposiciones y prácticas administrativas.—Publicación de las disposiciones administrativas.—Actos administrativos: su concepto y distinción de los actos de Gobierno.—Autoridades, empleados y funcionarios públicos.—Concepto general de los funcionarios administrativos.—Deberes y atribuciones.—Responsabilidad: disposiciones legales respecto a la materia.

3.º

Administración sanitaria.—Historia de la legislación sanitaria.—Orígenes y desenvolvimiento de la legislación sanitaria en nuestro país.—Organización de la administración sanitaria en los países de mayor eficiencia sanitaria.

4.º

La influencia internacional de la legislación sanitaria.—Compromisos internacionales en materia sanitaria.

(Continuará.)

REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr.: Resultando que con fecha 30 de Octubre último se convocó concurso de médicos activos y excedentes del Cuerpo de Sanidad exterior para la provisión de la plaza de director médico de la estación sanitaria del puerto de Mahón, dotada con el haber anual de 8 000 pesetas y sus resultas, con arreglo a lo preceptuado por el artículo 14 del Reglamento orgánico vigente del ramo de 3 de Marzo de 1917, dándose un plazo de quince días para la presentación de las correspondientes instancias:

Resultando que dentro del plazo marcado en dicha convocatoria han presentado sus solicitudes don Pedro Ascorbe Pancorbo, don Ramón García Sancho, don José Ogazón y Cirer, don Enrique Marín López y don Manuel Fraile García, jefes de negociado de segunda clase; don Juan Salort Domenech, don Julio Gil Masot, don Enrique García del Valle, don Augusto Gómez Porta, don Manuel de Torres Grima y don Eduardo Pascual López, que lo son de tercera clase; don Modesto Lafuente Domínguez, don Adolfo Vila Rodríguez, don José Souto Beavis, don Gerardo Delmás Demetz, don Eugenio Pastor Krauel, don Aurelio Ferrán Loínaz, don Juan Fraile García Lozano, don Medardo Rivera Caño y don Alejandro Domínguez Martín, oficiales de Administración civil de primera clase, y don Ignacio Casares Aramburu, don Lorenzo García Cifaló, don Vicente María Monfort y Sales, don Fernando Sastre Lozano, don Angel Urñuela Miranda, don Julio Orenzan Tarongi, don Victoriano Lenzano Meirás, don Federico Emilio Bravo y don Francisco Fonollá Oliveros:

Vistos los artículos 14 y 23 del citado Reglamento de Sanidad exterior de 3 de Marzo de 1917; y

Considerando el orden de preferencia establecido por el mencionado artículo 14 del Reglamento vigente del ramo y demás preceptos contenidos en el mismo, así como el de las plazas que solicitan los aspirantes a la vacante de director de Mahón y sus resultas, objeto de este concurso,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo informado por el Real Consejo de Sanidad y con lo propuesto por esa Inspección general, se ha servido disponer los siguientes nombramientos:

D. Pedro Ascorbe Pancorbo, director médico de la estación sanitaria de Mahón, con el sueldo anual de 3.000 pesetas.

D. José Ogazón Cirer, director médico de la del puerto de Palma de Mallorca, con el de 8.000 pesetas.

D. Juan Salort Domenech, director médico de la del de San Sebastián, con el de 7.000 pesetas.

D. Julio Gil Masot, director médico de la del de Tarragona, con el de 6.000 pesetas.

D. Augusto Gómez Porta, director médico de la del de Ceuta, con el de 6.000 pesetas.

CARBOLAN

Pelrid's C.º, New-York.

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

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

D. Manuel de Torres Grima, médico segundo de la de Bilbao, con el de 6.000 pesetas.

D. Eduardo Pascual López, médico segundo de la del de Cartagena, con el de 6.000 pesetas.

D. Adolfo Vila Rodríguez, médico segundo de la del de Santa Cruz de Tenerife, con el de 6.000 pesetas.

D. Vicente María Monfor y Sales, médico segundo bacteriólogo de la del de Huelva, con el de 5.000 pesetas, y don Fernando Sastre Lozano, médico segundo de la del de Alicante, con el de 4.000 pesetas.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 26 de Noviembre de 1919.—*Burgos y Mazo*.—Señor inspector general de Sanidad.

Ilmo. Sr.: Debiendo procederse, según ha propuesto la Junta de gobierno y Patronato del Cuerpo de Médicos titulares, para la renovación parcial reglamentaria, á elegir cuatro vacantes de vocales propietarios y cinco de vocales suplentes, en la forma que determinan los artículos 97 al 99 de la Instrucción general de Sanidad y las Ordenanzas aprobadas por Real orden de 10 de Noviembre de 1906;

Vistos asimismo los artículos 97 al 99 de la precitada Instrucción,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con el dictamen de la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, se ha servido disponer:

1.º Que se convoque al Cuerpo de Médicos titulares para la renovación parcial de su Junta de gobierno y Patronato, con arreglo al párrafo 3.º, art. 99 de la Instrucción general de Sanidad.

2.º Que en la forma que prescribe la Ordenanza aprobada por Real orden de 10 de Noviembre de 1906, *Gaceta* del 13, se proceda por dicho Cuerpo á elegir cuatro vocales propietarios y cinco vocales suplentes, que deben sustituir en su Junta de gobierno á los que han de cesar en la misma por haber cumplido el tiempo reglamentario y cubrir las vacantes que en ella existan, pudiendo ser reelegidos los que cesan.

3.º Que las listas y papeletas á que se refiere el art. 5.º de las Ordenanzas citadas se remitan en las capitales de provincia donde hubiere varios subdelegados de Medicina al más antiguo de éstos, y que la elección en las capitales puede verificarse, si conviene, en un solo local.

4.º Que los subdelegados y representantes de la Junta que presidan la votación podrán entregar en el acto de la misma cédulas para emitir su sufragio á los que, no figurando en las listas justifiquen pertenecer al Cuerpo de titulares, con la presentación del recibo de pago de cuotas á la Junta de Patronato.

5.º Que la votación para elegir compromisario en cada partido judicial se verifique el día 7 de Diciembre del corriente año, y la de vocales y suplentes por los compromisarios, en las capitales de las provincias, el día 14 del mismo mes, y

6.º Que esta convocatoria se publique sin demora en la *Gaceta* y *Boletines Oficiales* de todas las provincias.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento, el de la Junta de gobierno y Patronato del Cuerpo de Médicos titulares y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años.

Madrid, 29 de Noviembre de 1919.—*Burgos y Mazo*.—Señor subsecretario de este Ministerio.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,2; íd. mínima, 697,0; temperatura máxima, 9º,7; íd. mínima, 2º,0; vientos dominantes, NNE. NE.

En esta tercera semana del mes de Diciembre han aumentado considerablemente los afectos de índole gripal, principalmente localizados en los órganos respiratorios y afectando las formas de bronquitis, bronconeumonías y pleurías. También se han presentado infecciones febriles intestinales con los síntomas indubitables de la tifoidea ebertiana y el paratífus.

Crónicas.

ESPAÑA

Pensiones concedidas.—Al gobernador civil de Vizcaya: Real orden concediendo pensión de 1.100 pesetas á doña Felisa González, viuda de D. José María Aldecoa, médico fallecido de gripe.

Al gobernador civil de Almería: ídem íd. de 1.100 pesetas á doña Bárbara María López Cantón, como viuda del médico D. Manuel Rodríguez.

Al gobernador civil de Zamora: ídem íd. á doña Luisa García Casaseca, viuda del farmacéutico D. José Casares.

Al gobernador civil de Sevilla: ídem íd. á doña Elisa Hernández Nandi, viuda del médico D. Nicomedes Granados.

Al gobernador civil de Madrid: ídem íd. á doña Felisa Gil sanz, viuda de D. Raimundo Arias Hileras, la de 1.000 pesetas.

Después de la huelga de médicos.—Leemos en un periódico:

Jerez 15 (1,50 t.).—Se ha celebrado el banquete con que los elementos sanitarios festejaron el resultado de la huelga.

Asistieron 250 comensales, y pronunciaron discursos los Sres. Ortega Morejón y Tello, y los representantes de los Colegios de Cádiz, Málaga y Sevilla.

Gestiones del Colegio de Médicos de Huelva.—El Colegio de Médicos ha visitado al gobernador, y le ha rogado que se obligue á los Ayuntamientos morosos al pago de los atrasos á los médicos titulares.

El Colegio ha acordado en junta general la creación de una institución benéfica para los médicos provinciales.

Se ha designado una Comisión para que realice los trabajos preliminares y para que redacte el Reglamento.

Tribunal de oposiciones.—De conformidad con lo preceptuado en el Real decreto de 1.º de Diciembre de 1917, se ha nombrado el siguiente Tribunal para juzgar las oposiciones á la cátedra de Patología médica y su clínica vacante en la Universidad de Sevilla: Presidente, D. Nemesio Fernández Cuesta, consejero de Instrucción pública. Vocales: D. Gregorio Fidel Fernández Osuna, catedrático de la Universidad de Granada; D. Fernando Escobar Manzano, catedrático de la Universidad de Granada; D. Arturo Redondo Carranceda, catedrático de la Universidad Central; D. Primo Garrido Sánchez, catedrático de la Universidad de Salamanca. Suplentes: D. Manuel Bernal Jiménez Trejo, catedrático de la Universidad de Sevilla (Cádiz); D. Angel López Santa María, catedrático de la Universidad de Zaragoza; don Antonio Simonena Zabalegui, catedrático de la Universidad Central; D. Fernando Rodríguez González, catedrático de la Universidad de Valencia.

PEÑACASTILLO

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

La gripe en Valladolid.—La Junta de Sanidad se ha reunido y declaró que carece de fundamento la alarma que en la población se nota á causa del estado sanitario de la misma.

La citada Junta dice que existen muchos casos de gripe, pero que éstos afectan caracteres leves.

La gripe en Valencia.—El inspector provincial de Sanidad ha declarado que no existe motivo para alarma alguna respecto al desarrollo que se supone que ha adquirido la epidemia de gripe; añade que ni en la capital ni en los pueblos existe la epidemia, y que sólo se han presentado los resfriados y pulmonías propios de la estación.

La peste en Constantinopla, terribles estragos.—Según las últimas noticias, la peste adquiere en Constantinopla proporciones aterradoras. En bandos se invita al vecindario á que se vacune. Los cafés y centros de diversión serán cerrados probablemente, lo mismo que los colegios é iglesias. También será suspendido el servicio del Metropolitano y de los tranvías.

INGLATERRA

Médicos en huelga.—En Dundalk se han declarado en huelga los médicos á fin de obtener un salario de 175 pesetas semanales. En la actualidad sólo reciben 6.875 pesetas al año, ó sean algo más de 132 pesetas por semana.

Superabundancia de los alumnos de Medicina.—El número de estudiantes de Medicina es muy grande y en algunos casos excede á la capacidad de las clases. En Londres el promedio de la asistencia antes de la guerra era entre 1.400 y 1.500; este año hay 2.000 estudiantes. Casi en la misma proporción va aumentando en Edimburgo y Glasgow.

En la actualidad hay 2.250 mujeres dedicadas al estudio de la Medicina, y en la práctica de ésta su número alcanza hasta 1.000.

Si se continuase en esta proporción, al cabo de cinco años este número se duplicaría.

SERBIA

Exterminación del tifo.—Una campaña que ha durado cinco años, emprendida por los médicos y enfermeros de la Cruz Roja americana contra el tifo en Serbia ha hecho desaparecer notabilísimamente este mal. Durante 1915, murieron de la enfermedad 150.000 personas, de un total de 3.000.000 de habitantes; murieron también 150 médicos en el cumplimiento de su deber y sólo quedó uno por cada 75.000 personas.

En la actualidad han quedado reducidos los casos, según informe de la comisión, á 65.

ESTADOS UNIDOS

La viruela en Lousiana.—Las estadísticas demográficas de este Estado demuestran que durante el primer trimestre de este año ocurrieron 147 muertes por la viruela, mientras que se denunciaron 958 casos de varias partes.

De estos, la mayoría procedían del estado de Texas. Los casos eran conocidos casi todos de la viruela denominada en este país con el nombre de «mexicana», siendo confluyente y hemorrágica.

Examen físico-prenupcial.—La conferencia internacional de mujeres médicas, en la reunión celebrada en New York á fines de Octubre, aprobó una resolución recomendando el examen físico de los contrayentes antes del matrimonio. Los jóvenes que piensen contraer matrimonio deben presentarse para que se les reconozca antes de la ceremonia.

Conferencia de salud rural.—La segunda Conferencia Nacional de Higiene Rural se ha celebrado en Chicago en la segunda quincena de Noviembre.

El objeto de esta conferencia es despertar el interés de todas las instituciones rurales en el mejoramiento de la salud del campesino.

HISPANO-AMERICA

Liga Argentina contra la tuberculosis.—En Buenos Aires acaba de inaugurar Eduardo Wilde, un nuevo dispensario en un populoso barrio de esta ciudad.

El local cuenta con los elementos modernos necesarios que han sido conseguidos por suscripción popular.

Congreso de la Gota de Leche en Chile.—Recientemente se ha celebrado en Santiago de Chile el Congreso Nacional de las Gotas de Leche. Presentaron trabajos varios médicos sobre este asunto. Las conclusiones adoptadas por el Congreso, incluyen el establecimiento de nuevas Gotas de Leche, visitas domiciliarias á los niños, asistencia médica, mejoramiento del abastecimiento de la leche, tratamiento de los padres que tengan enfermedades infecciosas y otras.

La viruela en la Habana.—Noticias de la Habana relacionadas con esta enfermedad, dicen que debido á la labor eficaz de las autoridades, la viruela está disminuyendo rápidamente.

La Comisión de enfermedades infecciosas ha declarado positivo tan sólo uno de los casos, lo que demuestra la poca infectividad de la enfermedad.

Trabajos sanitarios en Uruguay.—De Montevideo anuncian que el secretario de Obras públicas ha propuesto al Congreso que se conceda á una Compañía americana el contrato para llevar á cabo diversas obras sanitarias en varias partes del país. Se cree que el coste ascenderá á la suma de \$ 19.000.000 (95 millones de pesetas).

Creación de estaciones sanitarias.—El Congreso Nacional de la Argentina ha proyectado la creación de estaciones sanitarias permanentes en las provincias de Jujuy, La Rioja y Salta.

La epidemia de influenza.—Noticias de Chile dan cuenta de que la epidemia de influenza se está extendiendo por toda Bclivia y que el Gobierno ha tomado medidas para combatirla.

Se dice que varios miles de casos han ocurrido en Santa Cruz y cercanías.

Al presente número acompaña un prospecto, cuya lectura recomendamos, sobre el producto farmacéutico Crema Génova.

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



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

IODASA BELLOT
Solución titulada de IODOPEPTONA
ODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE

gotas: 1 centigramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.—Todas las indicaciones del iodo y los ioduros. Sin iodismo.

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.

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

Muestras y prospectos: **F. BELLOT**

Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

SOLUCION BENEDICTO
Glicerofosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para El Siglo Médico por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

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

dará un curso sobre Anatomía patológica de las afecciones oculares el profesor de la Universidad de Viena, E. Fuchs.

El curso, que promete ser interesantísimo, será explicado en el Laboratorio del profesor Cajal, Facultad de Medicina, los lunes, miércoles y viernes, a las seis y tres cuartos de la tarde, empezando el día 12 de Enero, y terminando a fines de Febrero.

Las inscripciones son gratuitas y pueden hacerse por carta a la Junta para Ampliación de Estudios, Moreto, 1, Madrid.

La reputación del profesor de Oftalmología, Dr. Fuchs, atraerá a los especialistas españoles a este curso, en el que se presentarán y proyectarán numerosas preparaciones con motivo de las cuales el profesor hará consideraciones patológicas y clínicas acerca de las enfermedades del aparato de la visión.

Estadística demográfica.—En el pasado mes de Noviembre fallecieron en Madrid 1.407 personas, ó sean 334 menos que en igual mes del año anterior.

A consecuencia de la gripe se registraron tan sólo 36 defunciones, en tanto que el año anterior ocurrieron 202 en igual mes.

Las defunciones por escarlatina, que en el mes de Octubre fueron 20, han sido tan sólo la mitad en el último mes.

Durante el último mes no se registró en Madrid ninguna defunción por viruela.

El mayor número de fallecimientos corresponde al distrito de Chamberí y el mínimo al del Hospicio.

Mitín de propaganda sanitaria.—El día 20 del pasado mes se celebró en Albacete el mitín XVI de propaganda sanitaria, organizado por el Ateneo de aquella capital, y bajo la presidencia del gobernador civil.

Hicieron uso de la palabra el presidente del Ateneo, don Abelardo Sánchez; el médico de la localidad D. Otoniel Ramírez, el arquitecto D. Ramón Casas y los Sres. Juarros y Francos Rodríguez, que propusieron soluciones prácticas al grave problema sanitario de España.

El gobernador civil pronunció al final breves frases.

A las siete de la tarde, invitado por el Ateneo, dió en el Liceo una conferencia el doctor Juarros, en la cual estudió la intensidad de los sacrificios que la especie impone a los demás seres en relación con los que exige del hombre para llegar a defender un sano criterio de humildad biológica.

El grupo Acción sanitaria ha decidido solicitar de los jefes de los partidos políticos que expongan los remedios, cuya aplicación se proponen, para evitar la ruina de la raza.

Real Academia de Medicina, reparto de socorros.—

Esta Corporación ha adjudicado los socorros anunciados previamente en la *Gaceta* a las personas siguientes:

Tres socorros, Pérez de la Fanosa, de 500 pesetas cada uno, a doña María Enriqueta García y Jaldó, viuda del médico D. Juan Bautista Lechuga, de Cabezasasada (Toledo); a doña Asunción Flores y Alvarez, viuda del médico D. Matías Mediano, de Salamanca; a D. Vicente Chuliá y Gómez, médico, de Navalón (Valencia).

Un socorro de un señor académico, de 500 pesetas, a doña Jerónima Valenciaga y Tornero, viuda del médico don Rufino Rueda y Oca, de Viniegra de Abajo (Logroño).

Seis socorros donados por el Excmo. Sr. D. Carlos Melcior y Sendín, de 250 pesetas cada uno, a doña Martina Montalbán y Martín, viuda del médico D. Mateo Avila, de Madrid; a doña María de los Dolores Albín, viuda del médico D. Francisco Jordana, de Igualada (Barcelona); a doña María Luisa Andújar y Fernández, viuda del médico don Francisco Lojo, de Compostela (La Coruña); a D. Feliciano Gallego y del Hoyo, médico, de Madrid; a D. Ramón Borra y Labayen, médico, de Madrid; a D. José María Casas y Soler, médico, de Huesca.

Los donativos se recogen en dicha Academia de once a una de la tarde.

Todos los concursantes pueden pasar a recoger su documentación ó autorizar a persona que pueda hacerlo en su nombre.

Un donativo de Rockefeller.—Leemos en *El Sol*:

«Hemos publicado un cablegrama en el que se anunciaba que el rey del petróleo, ó sea el conocido archimillonario norteamericano Mr. John Rockefeller, había hecho un donativo de «cinco millones de dólares» en beneficio de la ciencia. Detalles posteriores ponen en evidencia que el donativo ha sido, no de cinco, sino de cien millones de dólares. Como ha sido hecho el día de Navidad, puede asegurarse que es el mayor aguinaldo de que se tiene noticia.

La suma de cien millones de dólares, es decir, quinientos millones de pesetas, ha de dividirse por partes iguales entre el Comité General de Educación y la Fundación Rockefeller. La primera de estas instituciones recibe 50 millones con la condición de que la renta que produzcan se dedique exclusivamente a aumentar los sueldos de profesores y maestros.

En cuanto a los otros 50 millones de dólares que recibe la Fundación Rockefeller, se dedicarán a investigaciones médicas, con excepción de cinco millones de dólares que se destinarán a la ayuda de las escuelas médicas del Canadá.

El total de los donativos que el rey del petróleo ha hecho ya en beneficio de la Humanidad se eleva ya a la suma de 450 millones de dólares, ó sean 2.250 millones de pesetas.

Nos complacemos en publicar todas las noticias referentes a donativos conducentes a la mejora de la enseñanza y al desarrollo de la ciencia, para ver si se conmueven las clases adineradas españolas que en nada auxilian al Estado en el cumplimiento de estas obligaciones.

Estadística demográfico-sanitaria de las capitales de España.—La Dirección del Instituto Geográfico y Estadístico publica el cuadro de los nacimientos, matrimonios y defunciones ocurridos en las capitales de España en el mes de Julio último.

Se registraron en todas las capitales de España 6.755 nacimientos, 7.650 defunciones, y 2.606 matrimonios. Hubo, pues, 1,85 por 1.000 de los primeros; 2,10 de los segundos, y 0,71 de los terceros.

En Madrid hubo 1.332 nacimientos, 1.354 defunciones, y 449 matrimonios; en Barcelona, 1.087, 1.247 y 593 respectivamente; en Valencia, 355, 467 y 186; en Sevilla, 336, 456 y 112; en Málaga, 282, 282 y 84; en Murcia, 238, 233 y 162; en Zaragoza, 239, 209 y 105; en Bilbao, 207, 220 y 105.

Fallecieron 2.835 niños menores de cinco años en total. El tífus abdominal produjo 131 defunciones; el exantemático, 11; la viruela, 63; la difteria, 27; la gripe, 78; la tuberculosis pulmonar, 779; el cáncer, 278; el corazón, 533; la bronquitis aguda, 177; la crónica, 95; neumonía, 135; suicidio, 22, y otras muertes violentas, 138.

Estos datos que extracta *El Sol* hablan elocuentemente de la necesidad de elevar el grado de cultura de nuestro país en el orden higiénico.

Se han registrado cerca de 1.000 defunciones más que nacimientos en el pasado Julio en las capitales de España; y obsérvese que en Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla y Bilbao, las poblaciones quizás más cultas, es en las que más supera la mortandad sobre la natalidad.

Opositores a Cátedras.—Nombrado por Real orden de 29 de Noviembre del corriente año, *Gaceta* del 16 de Diciembre, el Tribunal que ha de juzgar las oposiciones a la cátedra de Patología médica y su clínica, vacante en la Facultad de Medicina de Sevilla, esta Subsecretaría hace público lo siguiente:

1.º Que dentro del término legal se han presentado las instancias de los aspirantes que siguen: D. Estanislao del Campo y López, D. Vicente Gaité Veloso, D. Jaime Prat Solé, D. Manuel Izquierdo Gómez, D. Francisco Esquerdo Rodoreda, D. Tomás Rallo Colanchea, D. José María Corral García, D. Eloy Domínguez Rodiño, D. Julio Miquel Sánchez Salcedo, D. José María Alejandro Díez Crespo, D. Dámaso Rodrigo Pérez, D. Eusebio Oliver Pascual, D. Enrique Bardají López, D. Pedro Bernáldez Fernández, D. Tomás Orellana y de Massa, D. Carlos Jiménez Díaz, D. Antonio Rodríguez Bondía, D. Celestino Badosa Campañá, D. Francisco Ferrer Solervicens, D. Mariano Alvira Lasierra, don

LA DIABETES
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI

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

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

Francisco Oliver Rubio, D. Pedro Pena Pérez, D. Joaquín Aznar Molina, D. Gregorio García Urdiales, D. Manuel de los Reyes García, D. Casimiro Martínez López y D. Misael Bañuelos García; y

2.º Que desde el día en que se inserte en la *Gaceta* el presente anuncio comenzarán a contarse los términos a que se refieren los artículos 14 y 15 del Reglamento de 8 de Abril de 1910.

Madrid, 17 de Diciembre de 1919. — El subsecretario, P. D., Poggio. (*Gaceta* de 20 de Diciembre de 1919.)

FRANCIA

Estadística municipal de la ciudad de París.—Durante la 47ª semana se han registrado 839 defunciones en lugar de 850 durante la semana anterior y en vez de 845, promedio de la estación.

La escarlatina ha causado 1 muerte (promedio 1) y se han registrado 140 casos nuevos (promedio 51).

La difteria ha producido 4 fallecimientos (promedio 3); los casos nuevos son 62; en la semana anterior, 76 (promedio 33).

Las enfermedades inflamatorias del aparato respiratorio han causado 165 defunciones en vez de 136 en la semana anterior (promedio 128).

Cuatro defunciones se atribuyen a la gripe; 3 fallecimientos se han debido a la meningitis cerebro-espal epidémica y se han registrado 3 casos nuevos.

Museo de Historia Natural.—La Asamblea de profesores acaba de designar a M. Mangin profesor de Botánica, director de este centro, en sustitución de M. Edmon Perrier, que se jubila.

—M. Tissot ha sido nombrado profesor de Fisiología general y comparada, reemplazando a M. Lapiégue, nombrado recientemente profesor de Fisiología en la Facultad de Ciencias.

Sociedad Francesa de Higiene.—Esta entidad, que tuvo que suspender sus sesiones durante la guerra, acaba de reanudar el curso de sus trabajos.

En su primera sesión, que ha tenido lugar recientemente bajo la presidencia del Dr. Foveau de Courmelles, ha desarrollado una interesantísima comunicación M. Emile Cacheux, presidente honorario, sobre los *Métodos empleados en Chicago para combatir la tuberculosis*.

Los médicos y farmacéuticos muertos por la patria.—En colaboración con todas las Sociedades científicas y profesionales, médicas y farmacéuticas, la Asociación general de Médicos de Francia y la Asociación general de Farmacéuticos, han organizado una ceremonia conmemorativa para glorificar la memoria de los médicos, farmacéuticos y estudiantes muertos en el campo del honor.

Presidida por el presidente de la República, esta ceremonia tendrá lugar el domingo 25 de Enero de 1920 en el gran anfiteatro de la Sorbona.

El Comité organizador cuenta ya con el concurso de elementos del Gobierno, científicos, profesionales y artísticos, que darán el mayor esplendor y lucimiento a la ceremonia.

Esta glorificación de los héroes del Cuerpo Médico-farmacéutico se hace de común acuerdo con la Facultad de Medicina, que por su parte ha tomado la iniciativa de elevar un monumento destinado a perpetuar la memoria de los que murieron por Francia.

INGLATERRA

¿Una nueva forma de gripe?—La «Agencia Fabra» comunica a la prensa diaria, que de Londres dicen a *Le Matin*, que en la capital de la Gran Bretaña se está desarrollando una epidemia de gripe que presenta formas hasta ahora desconocidas por los médicos.

Hay gran número de atacados, principalmente en los condados de Stafford y Werwick.

BELGICA

Congreso de Historia de la Medicina.—En la sesión del 6 de Diciembre de la Sociedad francesa de Historia de la Medicina, y después de las comunicaciones de MM. les docteurs Villaret, Baudanin, Barillon y Genil-Perrin, M. le docteur Tricot-Royer (de Amberes), expuso el programa del primer Congreso independiente de Historia de la Medicina y de la Farmacia. Este tendrá lugar en Amberes del 7 al 12 de Agosto de 1920, y coincidirá con la Kermesse y demás fiestas de la séptima Olimpiada.

Los principales asuntos puestos ya en la orden del día son los siguientes:

La iconografía y la epigrafía médicas; un capítulo de la historia de la asistencia en todos los países; la bibliografía médica; la medicina monástica y colegial en Bélgica, etc.

AMERICA DEL NORTE

La certificación médica del matrimonio.—En el Estado de Alabama (América del Norte), la ley que hace obligatorios el examen y certificación médicos para contraer matrimonio se ha puesto en vigor.

Al presente número acompaña una circular, cuya lectura recomendamos, que trata sobre los **Medios Terapéuticos útiles en el tratamiento de las Afecciones Tuberculosas.**

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

SOLUCION BENEDICTO CREOSOTAL

Glicero-fosfato de cal con

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


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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por
JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO
FARMACIA ROBERT - Luria 74
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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

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

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.