

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID
Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO
REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
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.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
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.	P. DEL RÍO HORTIGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
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.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
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.	JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.		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: El pulso venoso positivo y la insuficiencia tricúspide, por Luis Calandre.—Gibraltar: Apuntes para un estudio sanitario, por Víctor M.^a Cortezo.—Valoración de la técnica en el pronóstico de la laringectomía, por el Dr. Tapia.—Bibliografía, por G. Pittaluga.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Fiesta simpática, por V. P.—Un nuevo Senador.—Basta de burlas.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalido.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

El pulso venoso positivo y la insuficiencia tricúspide

POR
 LUIS CALANDRE

—O—

La significación semiológica del pulso venoso positivo se ha prestado a interpretaciones muy diversas. Sus aparentes relaciones con la insuficiencia tricúspide por un lado, y con la arritmia completa por otro, han sido valoradas de muy diferentes maneras según las épocas, y aun hoy no es raro encontrar cierta confusión y falta de conformidad entre los clínicos acerca de este punto.

Para los autores antiguos—Lancisi, 1750, Stokes, 1854, Bamberger, 1857, etc.—las pulsaciones de las venas del cuello representaban siempre un fenómeno patológico, dependiente de la insuficiencia de la válvula tricúspide.

Potain, en 1867, fué el primero en demostrar que el pulso venoso yugular es un fenómeno normal, apreciable de un modo más o menos perceptible en casi todos los individuos sanos. Y estableció la diferencia entre este pulso venoso normal y un pulso venoso patológico, propio de la insuficiencia tricúspide. A partir,

pues, de Potain, se ha venido admitiendo por todos los clínicos que existían dos variedades de pulso venoso; una, llamada pulso venoso falso o auricular o negativo o fisiológico, que es el que se observa de ordinario en los individuos normales, y que si no se aprecia claramente en todas las personas débese a condiciones topográficas especiales de las venas yugulares, y la otra, llamada pulso venoso verdadero o ventricular o positivo o patológico, que sería patognomónico de la insuficiencia tricúspide. Al primero lo caracteriza el constar de tres ondulaciones sucesivas, correspondientes, la primera, a la contracción auricular, y las dos siguientes a la contracción ventricular. En cambio, la forma ventricular del pulso venoso se caracteriza por constar sólo de las ondas ventriculares, faltando la onda auricular.

Estos caracteres del pulso venoso ventricular se describían sin tener en cuenta para nada las condiciones de contractilidad de las aurículas ni los trastornos del ritmo de la actividad cardíaca.

Más tarde, Mackenzie, 1907, con sus estudios poligráficos distinguió igualmente las dos variedades de pulso venoso; la forma auricular y la forma ventricular. Llamó la atención sobre el hecho de que la forma ventricular coincide en la mayoría de los casos con una alteración particular del ritmo cardíaco, la arritmia completa. Hering confirmó también este hallazgo.

y describió con precisión los caracteres de este tipo de arritmia, que él denominó *pulsus irregularis perpetuus*, quitando al pulso venoso ventricular toda significación como síntoma de insuficiencia tricúspide. En su opinión, el pulso venoso ventricular que se observa en clínica, no da ningún elemento de certidumbre en favor ni en contra de la insuficiencia tricúspide.

Mackenzie caracterizó con ayuda del método gráfico este tipo de pulso venoso, demostrando palpablemente que en los individuos que tienen arritmia completa, falta toda aparente manifestación de sístole auricular, constando tan sólo de las dos ondulaciones ventriculares. En un principio atribuyó esta ausencia de la onda *a* en el pulso venoso, a una parálisis de las aurículas. Más tarde sustituyó esta hipótesis por la del ritmo nodal, según la cual, en estos casos, el origen de la contracción cardíaca tendría su origen, no en el nódulo senoauricular de Keith y Flack, como ocurre de ordinario, sino en el nudo de Tawara, y desde allí la onda de contracción se propagaría simultáneamente en dos direcciones opuestas, hacia arriba a las aurículas y hacia abajo a los ventrículos. Ambos compartimientos se contraerían simultáneamente, y de ese modo la onda *a* no se haría perceptible por superponerse a las ondas ventriculares.

En el año 1909, Lewis, Rothberger y Winterberg demostraron a base de sus estudios electrográficos, que en los casos de arritmia completa, las aurículas se encuentran en un estado de continua fibrilación, es decir, de contracciones parietales pequeñas, frecuentísimas, y que no dan lugar a sístoles auriculares efectivos. Esta interpretación de la arritmia completa y de la producción por dicha causa del pulso venoso ventricular, es hoy la generalmente admitida.

Al pulso venoso ventricular se le suele llamar también, como ya dijimos, pulso venoso positivo. A nuestro ver no deben considerarse como sinónimas ambas denominaciones. La primera significa una modalidad patológica del pulso venoso, en la cual falta toda manifestación de sístole auricular; la segunda se refiere a la existencia de una impulsión retrógrada de sangre, que desde la aurícula derecha retrocede hasta las venas del cuello. Estas laten entonces con una impulsión violenta, asemejándose mucho a un latido arterial, aunque siempre con caracteres de una mayor blandura y depresibilidad. Si se comprime el bulbo de la yugular, alternativamente sobre su cabo inferior y sobre su extremidad superior, puede comprobarse que esta impulsión venosa se propaga desde abajo a arriba.

Ahora bien, cuando las aurículas se encuentran en estado de fibrilación, que para nuestro caso es como si se encontraran paralizadas y, por consiguiente, distendidas y repletas de sangre, el cierre brusco de la válvula tricúspide y el abombamiento hacia arriba que experimentan sus valvas, hace que se comunique un movimiento de retroceso a toda la masa sanguínea auricular y que se produzca un pronunciado reflujo hacia las venas yugulares. Por este mecanismo

es como tiene lugar el que el pulso venoso de forma ventricular de la arritmia completa, sea además de ordinario, también pulso venoso positivo.

Cuando a la par de existir una parálisis auricular con su correspondiente remanso sanguíneo, ocurre que las valvas de la tricúspide no se coaptan herméticamente, es decir, cuando existe una insuficiencia tricúspide funcional, el escape sanguíneo que durante el sístole ventricular se produce hacia el interior de la aurícula, acentuará las condiciones expuestas, aunque sin cambiarlas fundamentalmente. El pulso venoso ofrecerá el mismo carácter de pulso venoso, sólo que más acentuado.

Por otra parte la existencia de una insuficiencia tricúspide por sí sola, en tanto que la aurícula derecha conserve su actividad contráctil y su ritmo, no es motivo suficiente para que se produzca un pulso venoso positivo. Las observaciones publicadas de casos de insuficiencia tricúspide orgánica, tanto clínicas como experimentales, han permitido establecer que cuando no coexiste impotencia cardíaca, no se produce pulso venoso positivo; éste se presenta, sólo cuando hay a la par éstasis auricular, al sobrevenir la descompensación.

Debe tenerse en cuenta, como apunta Mackenzie, que el momento de la revolución cardíaca en que se produce el escape de sangre a través del orificio tricúspide, coincide justamente con el momento en que la aurícula está dilatándose, y la oleada de sangre, que puede entonces retroceder, si no es excesiva, se empleará en la repleción de la aurícula, y no tiene necesariamente que transmitirse como una pulsación positiva a las venas yugulares. En los casos, pues, en que el ritmo aurículoventricular sea normal nunca se aprecia en el pulso venoso una modificación que pueda ser estrictamente peculiar de la insuficiencia tricúspide. Las insuficiencias tricúspide funcional ni la orgánica, producen nunca por sí el pulso venoso de forma ventricular, pues éste se caracteriza, como hemos dicho, por la ausencia de la onda auricular. Y sobre esta ausencia no influye directamente dicha alteración valvular.

Esto no obstante, se observa con mucha frecuencia, que se produce insuficiencia tricúspide en los casos de arritmia completa. Este hecho es de comprobación diaria. Verosíblemente, la inmovilidad en que permanecen las aurículas afectas de fibrilación, es una causa que favorece la aparición de la insuficiencia tricúspide funcional. En efecto, no sólo falta aquí la impulsión sistólica auricular, que normalmente al provocar un remolino sanguíneo en el ventrículo, favorece el acoplamiento de las valvas aurículoventriculares, sino que también, por hallarse la aurícula derecha constantemente ingurgitada, la sangre que de ella fluye continuamente por entre las valvas de la tricúspide ha de representar un obstáculo para su oclusión.

Pero no se debe deducir de esto, que por el hecho de existir una fibrilación auricular haya de producirse constantemente una insuficiencia tricúspide funcional

(nos referimos a una insuficiencia tricúspide lo bastante acentuada para dar signos clínicos apreciables). En un mismo individuo portador de arritmia completa con pulso venoso ventricular, puede aparecer insuficiencia tricúspide funcional en las épocas de gran desfallecimiento cardíaco para desaparecer cuando el corazón se tonifica. Una gran parte de casos de arritmia completa no van acompañados de insuficiencia tricúspide.

El siguiente caso, nada excepcional por cierto, puede servir de ejemplo para poner de manifiesto las relaciones recíprocas entre el pulso venoso positivo, la fibrilación auricular y la insuficiencia tricúspide.

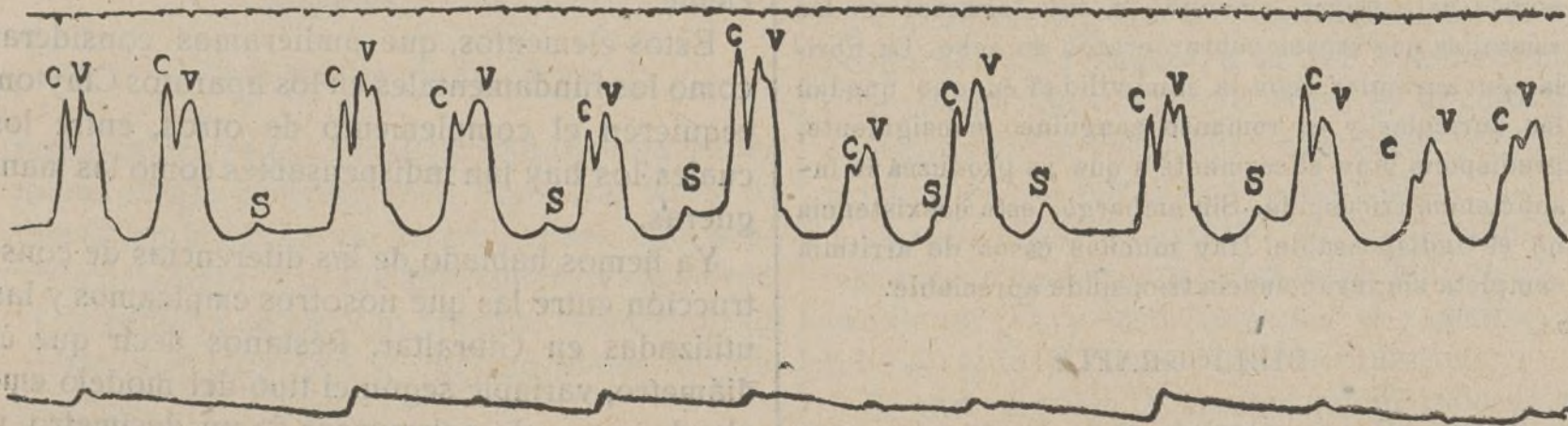
J. E., de treinta y nueve años, yesero, sin antecedentes especiales. Sus primeras molestias datan de hace dos años, en que padeció una infección mal caracterizada, con fiebre e ictericia, que duró treinta días. Desde entonces comenzó a sufrir disnea al ejercicio. Le aparecieron edemas, que comenzaron por las piernas, extendiéndose después al resto del cuerpo. A su ingreso en la sala 32 del Hospital general se le apreciaba cianosis, ortopnea, edemas generalizados,

de abajo arriba; se trataba, pues, también de pulso venoso positivo.

El registro gráfico simultáneo del pulso radial y del pulso yugular ponía de manifiesto la existencia de una arritmia completa. El pulso venoso muestra únicamente las dos ondas ventriculares *c* y *v*, así como también la onda diastólica de estancamiento *S* en las revoluciones violentas. Falta, en cambio, en absoluto toda manifestación de onda auricular *a*. Este es un trazado típico de pulso venoso ventricular.

El enfermo, sometido al reposo y al tratamiento digitalico, ha pasado períodos de mejoría y de empeoramiento. En los períodos de desfallecimiento cardíaco se aumenta la extensión del corazón a la derecha del esternón, y aparece un soplo sistólico suave en foco tricúspide, indicadores de la aparición de una insuficiencia tricúspide funcional. Entonces el pulso yugular, aun conservando el mismo carácter pulsátil que de ordinario, se hace mucho más acentuado y pulsa violentamente, casi como si se tratara de una pulsación viva de la carótida.

Después de las curas digitálicas, así como también



higado abultado y doloroso a la presión. La orina escasa y con vestigios de albúmina.

El corazón, dilatado, revelaba a la percusión, matidez en el segundo espacio intercostal izquierdo; punta en el quinto espacio, por fuera de la línea mamilar; alguna extensión a la derecha del esternón. Por auscultación, soplo sistólico prolongado en el foco mitral.

El pulso, frecuente, mostraba una alternación bien manifiesta y perfectamente demostrable en los trazados gráficos que se obtuvieron. Días después ofreció algún acceso corto de taquicardia paroxística. Más tarde el ritmo cardíaco se fué alterando con frecuentes extrasístoles auriculares, y un mes después, el pulso se hizo sumamente aritmico y desordenado, adquiriendo los caracteres típicos de la arritmia completa.

Las venas del cuello aparecían ingurgitadas y animadas de latidos muy ostensibles. Con una inspección atenta se podía apreciar que la pulsación venosa era sincrónica con el latido de la punta del corazón, no yendo precedida de la ondulación presistólica; se trataba, pues, de pulso venoso de forma ventricular. Comprimiendo el cabo superior del bulbo yugular se podía comprobar que la oleada pulsátil se propagaba

en diversas ocasiones, tras de la administración de dos o tres inyecciones intravenosas de $\frac{1}{4}$ mg. de Ouabaine Nativelle, el cuadro general, como acontece de ordinario en los casos en que hay arritmia completa, ha mejorado brillantemente, aumentando la diuresis, disminuyendo los edemas y la disnea. A la par desaparecían los síntomas de la insuficiencia tricúspide, la extensión del corazón hacia la derecha y el soplo sistólico tricúspide. El pulso venoso se hace entonces menos vivo; pero, no obstante, continuando con el mismo carácter de ventricular y positivo.

Este caso muestra, pues, cómo la arritmia completa da lugar a la forma ventricular del pulso venoso, el cual, a consecuencia del éstasis auricular determinado por la fibrilación, se hace de ordinario positivo. Cuando a la arritmia completa se asocia la insuficiencia tricúspide, el pulso venoso se hace más intensamente positivo. En este caso, como en muchos análogos, es frecuente que a la arritmia completa se asocie constante o episódicamente una insuficiencia tricúspide funcional.

CONCLUSIONES

1.^a La existencia de un pulso venoso apreciable en las venas del cuello, no es necesariamente un fenó-

meno patológico; pues se le observa con más o menos claridad en todos los individuos normales. Este pulso venoso normal, se acentúa por todas las causas que originen éstasis en la circulación venosa.

2.^a En oposición a la forma auricular del pulso venoso normal, dotado de tres ondas; *a*, *c*, *v*, el pulso venoso de forma ventricular, consta sólo de las dos ondas ventriculares; *c*, *v*.

3.^a Dicba forma de pulso venoso ventricular, se produce en los casos de fibrilación auricular; esta fibrilación auricular se acompaña, generalmente, de arritmia completa.

4.^a El pulso venoso ventricular es de ordinario positivo; sobre todo, cuando hay éstasis en el corazón derecho.

5.^a Este carácter de *positivo*, se acentúa notablemente cuando se produce, a la par, una insuficiencia tricúspide funcional pronunciada.

6.^a El pulso venoso positivo no es un indicio seguro para diagnosticar una insuficiencia tricúspide, si no existen a la par los demás síntomas de esta

7.^a Es frecuente que coexistan la fibrilación auricular y la insuficiencia tricúspide funcional, ya que ambas constituyen amenudo la fase terminal de las asistolias que recaen sobre corazón derecho. La fibrilación auricular, con la inmovilidad en que quedan las aurículas y el remanso sanguíneo consiguiente, predispone muy eficazmente a que se produzca la insuficiencia tricúspide. Sin embargo, esta coexistencia no es indispensable. Hay muchos casos de arritmia completa sin insuficiencia tricúspide apreciable.

BIBLIOGRAFIA

Potain.—Des mouvements et de bruits qui se passent dans les veines jugulaires. Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris 1887.

Mackenzie.—The venous Pulse. Brit. Med. Journal, 1907, p. 112.

Idem.—The interpretation of the pulsations in the jugular veins. American Journal of the Medical Sciences, 1907, pág. 39.

Hering.—Zur Analyse des Venenpulses. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 14 nov. 1907.

Lewis.—Auricular fibrillation and its relationship to clinical irregularity of the heart. Heart, 1909, página 306.

Rothberger y Winterberg.—Vorhofflimmern und Arrhythmia perpetua. Wiener klinisches Wochenschrift, 1909, pág. 839.

Zielinski.—Le pouls jugulaire dans l'insuffisance tricuspidienne. Tesis de Paris, 1913.

Esmein.—Les symptômes caractéristiques de l'insuffisance tricuspidienne et particulièrement le pouls veineux ventriculaire. Annales de Médecine, 15 agosto 1914.

Lutembacher.—Syndrome tricuspidienne terminal dans les lésions chroniques du poumon. Archives des maladies du coeur. Abril, 1919.

Schrumpf.—Le phlebogramme dans l'arythmie complete et dans l'insuffisance tricuspidienne. Archives des maladies du coeur. Diciembre, 1919.

Ribierre.—Le diagnostic de l'insuffisance tricuspidienne. Paris médical, julio, 1920.

GIBRALTAR ⁽¹⁾

Apuntes para un estudio sanitario

POR

VICTOR M.^a CORTEZO

(Fotografías y dibujos de V. Serrano).

Un motor de gasolina, en este caso; de vapor, eléctrico o de mano, en otros tipos de la misma marca, moviliza este sencillo mecanismo poniendo a un tiempo en marcha el ventilador y la bomba de agua, cuando la refrigeración por su intermedio es precisa (tipos A y B) o cuando no se dispone de conducciones con presión suficiente.

Estos elementos, que pudiéramos considerar como los fundamentales en los aparatos Clayton, requieren el complemento de otros, entre los cuales los hay tan indispensables como las mangueras.

Ya hemos hablado de las diferencias de construcción entre las que nosotros empleamos y las utilizadas en Gibraltar. Réstanos decir que el diámetro, variable según el tipo del modelo empleado, no suele sobrepasar de un decímetro, y en cuanto a su longitud, que ésta es absolutamente circunstancial, favoreciéndose la adaptabilidad con el empleo de trozos de cuatro a cinco metros, que se unen con gran facilidad por intermedio de encajes metálicos muy prácticos, y de sencillísimo manejo.

El horno, tanto en su puerta como en el arranque de los tubos de aspiración e impulsión, va provisto de registros cuya apertura u oclusión es voluntaria y graduable. Y, además, dispone de una toma de aire exterior, activada por un ventilador supletorio (fig. 13).

Una vez conocidos los elementos esenciales del aparato Clayton, veamos su funcionamiento.

Es indispensable el cierre más hermético posible del local; para lograrlo, se utilizarán los medios conocidos, a los cuales nos hemos referido en otro lugar, y cuantos pueda sugerir la imaginación del sanitario encargado del servicio, el cual, dotado siempre de una buena vo-

(1) Véase el número anterior.

luntad, ha de extremarla en la persecución del éxito.

Se introducen las mangueras a través de las arandelas de que anteriormente hemos hablado, en forma tal, que una resulte con su extremo libre en el tercio inferior del local, y la otra en el tercio superior.

Deben también disponerse en una de las aberturas

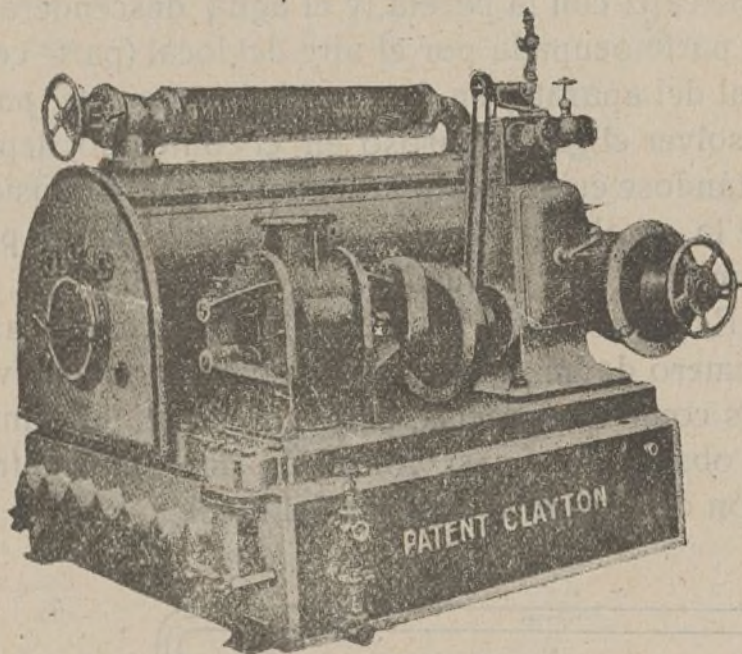


Fig. 13.—Gibraltar. Aparato Clayton.

turas naturales del local (puerta o ventana) las tomas de gas precisas (una por cada tercio de altura) en la forma ya descrita. Para ello, si se trata de puerta, resultan suficientes tres taladros, si de ventana se trata, lo práctico es sustituir un vidrio por una tabla, convenientemente dispuesta.

Preparado así el recinto, se procede a la preparación del aparato, para lo cual se carga el horno con la cantidad de azufre precisa (que varía según el tipo), 50 kilogramos en el que estudiamos. Este azufre se reparte en partes iguales entre el fondo y la parrilla del horno. Se abren los registros que ponen en comunicación el local con el horno por medio de las mangueras, tanto de aspiración como de impulsión.

Se engrasan cuidadosamente las superficies frotantes del ventilador y del motor, cuidando de no emplear otra grasa que la mineral en aquellas que tengan que ponerse en contacto con el gas sulfuroso.

Se pone en marcha el motor y se procede inmediatamente al encendido del horno; para ello se empapa en alcohol una torcida grande de algodón, que se coloca sobre el azufre de la parrilla, y después con otra pequeña torunda fija al extremo de un hierro que tenga un metro aproximado de longitud, se le da fuego.

Una vez encendido el horno, debe cerrarse su

puerta y aguardar, puesto que la inflamación completa del azufre requiere un cierto tiempo.

No debe, bajo ningún pretexto, añadirse alcohol mientras permanezca caliente el generador.

En pleno funcionamiento este sistema, el aire confinado en el local que se trata de sulfurar (L) (fig. 14) es aspirado por el orificio (a), y recorriendo la manguera en toda su longitud, penetra en el horno (H) por el orificio (b). Ya en el horno, alimenta la combustión del azufre, y saturado de gas sulfuroso, siguiendo siempre la dirección de las flechas, sale por el tubo (c), cuya apertura u oclusión gobierna el registro (R), que la conduce al refrigerador de aletas (A), desde el cual, siguiendo el mismo tubo (c), penetra en el refrigerador de agua (C) por el tubo (d).

Este refrigerador de agua se nutre en algunos casos por una bomba accionada por el mismo motor (B), y en otros, cuando se dispone de una conducción con presión suficiente, de ella. Está en comunicación con la envolvente exterior del horno, al cual refrigera, a su vez, estableciendo una circulación constante entre el zócalo del aparato y dicha envolvente, que puede ser independiente de la refrigeración del motor.

Cuando el gas ha perdido su temperatura de 600 grados centígrados, pasa desde el tubo (d) al ventilador (V), y desde éste por el registro y el tubo (e) al local que se trata de sulfurar.

Se comprenderá fácilmente que al cabo de algún tiempo de funcionar el aparato, el aire del local, único que por él ha circulado hasta ahora, saturado de gas sulfuroso, no puede prestar el oxígeno necesario para mantener la combustión; en este caso, que el sanitario observa por las mirillas del horno y por las pruebas de concentración realizadas a su salida, se abre el registro (R), y por el orificio (R) en comunicación con la atmósfera, penetrará el aire suficiente para mantener la combustión del azufre y, por consiguiente, para sostener la producción de gas sulfuroso y con ella la sulfuración durante tanto tiempo como sea preciso, dadas las circunstancias.

Claro es que durante este tiempo la alimentación del horno ha de hacerse discretamente, compensando las pérdidas de azufre. La utilización de azufre cañón en cilindros, facilita muchísimo esta operación.

Todos los modelos del sistema Clayton van provistos de un aparatito dosímetro anejo, cuya

aplicación resulta muy práctica para la comprobación de las concentraciones, pues nos evita el empleo, siempre más enojoso, del yodo o el permanganato, y al propio tiempo su sencillez consiente que la operación pueda confiarse al personal subalterno. Claro es que no se trata de una comprobación de gran exactitud, que las fracciones de unidad hay que calcularlas *grosso modo*; pero también es verdad que no se precisa una gran escurpulosidad en la determinación de estas concentraciones, que las fracciones de la unidad son absolutamente despreciables, y que el coste de esta comprobación es nulo.

El dosímetro está basado en la propiedad que tiene el agua de disolver, por volumen, 79,8 de anhídrido sulfuroso a 0° de temperatura. El aparatito, graduado para temperaturas ordinarias, está construído en vidrio (figs. 15 y 16) y se reduce a una bureta, convencionalmente graduada en su tercio inferior, donde, por intermedio

cerrar la llave superior, el tubo de la bureta quedará lleno de aire del local que se está sulfurando.

Se cierra la llave inferior, y fijo el aparato en una pared, de manera que conserve la vertical, se llena de agua el cáliz que le remata en su parte superior.

Se abre la llave que pone en comunicación este cáliz con la bureta, y el agua descenderá a la parte ocupada por el aire del local (parte central del aparato) en la cantidad suficiente para disolver el gas sulfuroso en él contenido, depositándose en su fondo y dándonos por la división de la escala graduada que ocupa, el tanto por ciento del gas sulfuroso.

Esta operación, en la cual se invierten escaso número de minutos, puede repetirse tantas veces como sea precisa, y nos consiente, por tanto, la observación casi constante de la concentración del gas en el interior del local.

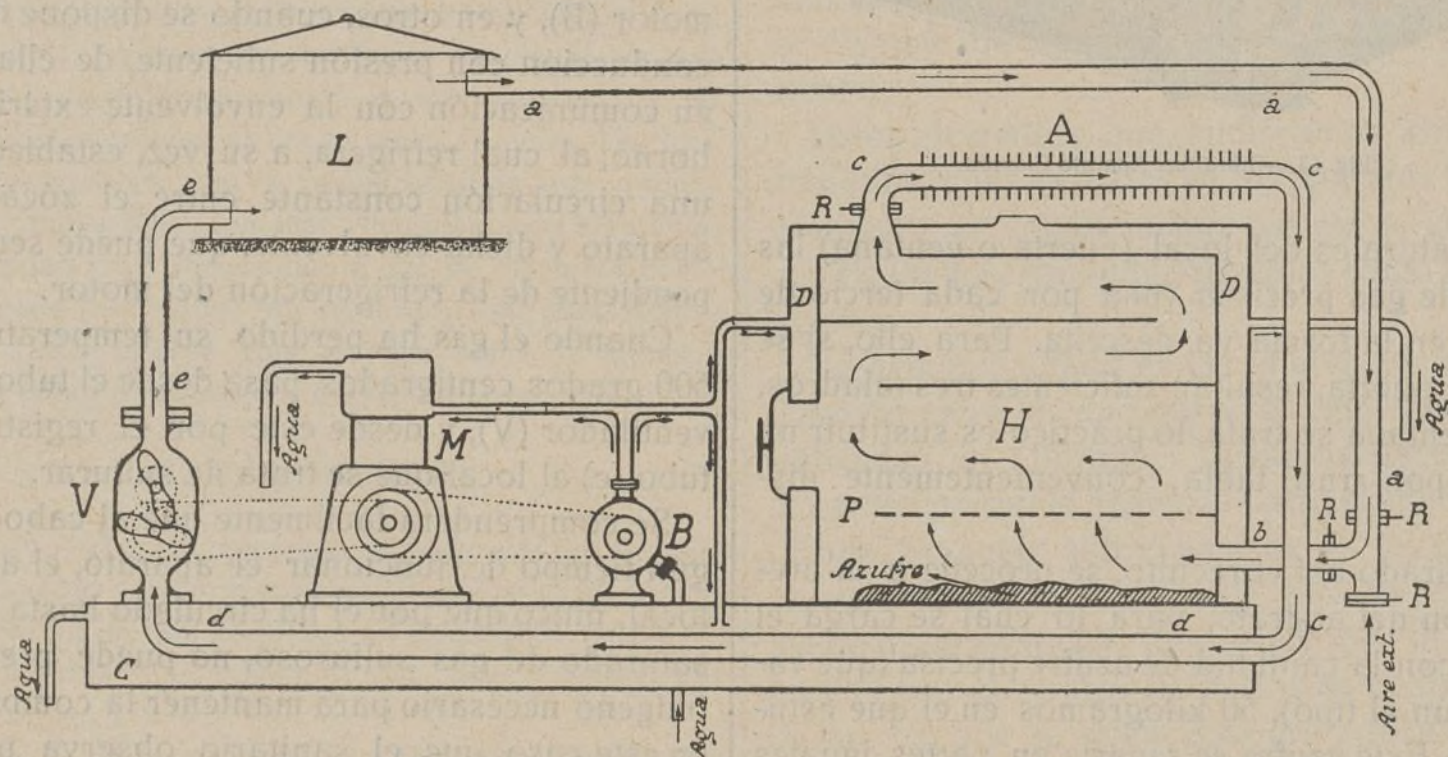


Fig. 14.—Gibraltar. Esquema del Clayton (tipo A.)

de una llave, comunica con el tubo de una bomba de goma, que a su vez lo hace con una de las tomas de gas, que dejamos preparadas en el local. El extremo superior de la bureta comunica por intermedio de otra llave, con una expansión en forma de cáliz destinada a recibir el agua.

Para realizar la comprobación, se enchufa la bomba de goma por uno de sus cabos a la extremidad ofilada de la bureta, y por el otro a un corto tubo de empalme (en vidrio) que la une al extremo libre de la toma de gas. Abiertas las dos llaves de la bureta y la pinza del tubo de toma, se dan unos cuantos golpes de bomba para que el aire confinado y saturado de SO_2 , pase al dosímetro, expulsando el aire contenido en él; al

Son manipulaciones, éstas, sobradamente conocidas por los prácticos de la Sanidad, pero seguramente ignoradas de la masa general de compañeros y, por consiguiente, de la mayoría de los lectores de EL SIGLO MEDICO; y si odioso es siempre el papel de acaparador, yo considero despreciable el de acaparador de conocimientos sanitarios.

Por eso, en los once años de vida sanitaria que llevo, he procurado (y continuaré haciéndolo) vulgarizar en lo posible la modesta parte que me corresponde.

Y aquí doy fin al relato de mis impresiones sobre Gibraltar. Termino por no arriesgarme al enojo del lector; pero termino con pena, porque

al hacerlo noto que desfallecen tres de mis sentimientos predominantes: mi acendrado españolismo, que ha mantenido la ilusión, mientras de Gibraltar me ocupé, de que *algo* nos unía; mi amor a la Sanidad pública, que ve desvanecerse la minúscula visión de un pueblo que, pensando

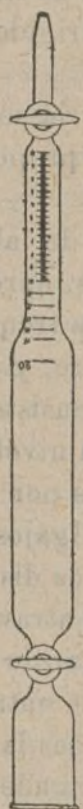


Fig. 15.

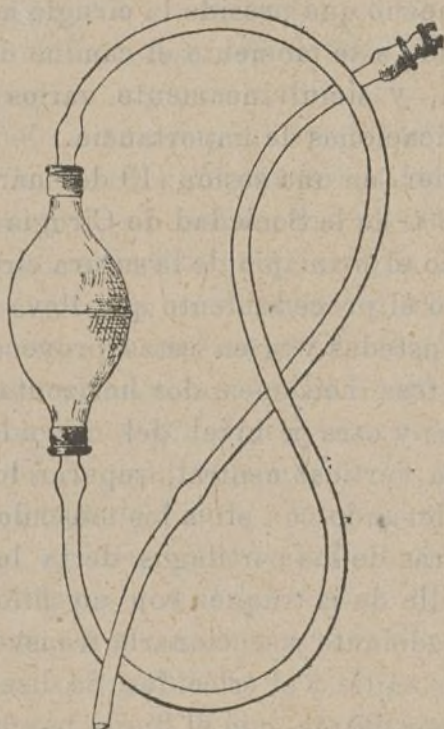


Fig. 16.—Dosímetro del Clayton.

en sanitario, logra cuanto quiere, y mi calidad de bien nacido, que me obliga a pensar, al recorrer este insignificante trabajo, en mí descubierto, ante una tan leal, espontánea, desinteresada y grata hospitalidad.

Diciembre, 1920.

Valoración de la técnica en el pronóstico de la laringuectomía

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, POR EL DOCTOR TAPIA

Señores:

Hace aproximadamente diez años expuse en esta Academia una comunicación a propósito del procedimiento de elección para la laringuectomía total.

Refería yo entonces nueve casos operados por los procedimientos de Perier y de Le Bec, en los cuales tuve que lamentar un contratiempo, y otros cinco, en que se siguió la técnica de Gluck, coronados por cinco brillantes éxitos. De la comparación de los resultados y del estudio técnico de aquellos procedimientos operatorios deducía yo que el de Gluck era el preferible para la laringuectomía.

En la discusión a que dió lugar mi comunicación, el

argumento fundamental que se me hizo en contra de mis afirmaciones fué que la experiencia de cinco casos era insuficiente, y no podía autorizarme a sentar una conclusión proclamando las ventajas de este método sobre los demás. Quise invalidar el argumento objetando que, precisamente por tratarse de mis primeros casos, la brillantez del resultado era muy estimable, porque forzosamente habría que achacarla mucho más a las excelencias del procedimiento empleado que a la pericia, indudablemente escasa, del operador novel. Por otra parte, dábase el caso paradójico que los que no concedían autoridad a una experiencia por constar sólo de cinco casos, creían tenerla para rechazar un procedimiento que no habían empleado nunca.

Invitado por nuestro insigne presidente para dar una conferencia en la Real Academia, he elegido este tema para exponer los resultados de una experiencia de más de 80 casos de extirpación total de la laringe. Ya que no otra cosa, esto dará a mis afirmaciones un poco más autoridad de la que tenía hace dos lustros, y me servirá para traeros una confirmación rotunda de la opinión que expuse entonces en esta Real Academia.

Me interesa muchísimo también este tema, porque me va a proporcionar la noble satisfacción de proclamar, desde este sitio, que la cirugía española es indiscutiblemente, aparte la contribución que pueda tener mi modesta persona, la que sigue a la cirugía alemana. Los nombres de Cisneros, Rueda, Botella, Jiménez Encinas, Casadesús, Hinojar y Hernández, de Madrid; Botey, Falgar y Sojo, de Barcelona; Baltar, de Santiago; Antoli Candeia, de Valencia; Portela, de Cádiz; Castañeda, de San Sebastián; Ormacche, de Bilbao, y muchos otros, son conocidos con encomio en el extranjero, donde se reconoce que la cirugía española va en primera línea en materia de extirpación total de la laringe.

Voy a hacer un poco de historia de la evolución de la técnica de la laringuectomía. Pero para no fatigar a mis oyentes, omitiré los datos estrictamente históricos, los datos puramente de erudición, aquellos que no tienen más valor que el de proporcionar al espíritu la satisfacción de conocer lo que han hecho los trabajadores de la ciencia, aunque ello haya resultado inútil e ineficaz. Voy a limitarme exclusivamente a citar los hechos o descubrimientos de positivo influjo en el progreso de la operatoria laríngea, no solamente por dedicar justo recuerdo a sus autores, sino porque es indudable que, viendo cómo se han vencido los escollos que determinaban la gran mortalidad de la laringuectomía, estamos en condiciones de apreciar todo el valor que tienen las adquisiciones modernas, a las cuales se debe el extraordinario progreso de esta operación, que podemos considerar hoy, sin hipérbole, como una operación benigna.

Tampoco me ocuparé de la labor de los autores que trabajaron en la primera época, y que llevaron el desprestigio de la Cirugía laríngea, hasta el punto de decirse entonces que «el éxito más grande que podía te-

ner un cirujano era que el enfermo no se quedase en la mesa de operaciones».

Voy a comenzar la historia por las famosas experiencias de Gluck y Zeller en 1881, realizadas primero en perros y después en el hombre.

La causa principal de mortalidad en los operados de laringectomía era la bronconeumonía, que, según las estadísticas globales, arrebató la vida al 80 por 100 de los casos operados. En realidad, la mortalidad era mayor aún. Porque las estadísticas formadas con los casos dispersa y aisladamente publicados por diversos autores, no pueden tener valor, porque son lección los operadores, que sólo cuentan dos o tres intervenciones, seguidas de fracaso, y éstas, por no haber sido publicadas, no se cargaron a la cifra de la mortalidad. Una estadística ideal, en la que figurasen todos los casos, daría una cifra mucho más elevada de mortalidad.

Como los detalles de estos procedimientos son un poco complicados, creo preferible referirme a las láminas que vamos a proyectar en el encerado.

Todos sabemos que la pared anterior de la porción inferior de la faringe alberga un gran orificio adonde aboca la laringe. Y, por consiguiente, una vez extirpada ésta, queda completamente abierto, poniendo en amplia comunicación la cavidad bucal con la herida operatoria. Obsérvese cuán fácil es que la saliva y los productos sépticos, por mucho cuidado que se ponga en evitarlo mediante la sutura, caminen directamente hacia la tráquea y produzcan la bronconeumonía por deglución.

Para evitar esto, Gluck y Zeller pensaron hacer la operación de la siguiente forma: En un primer tiempo hacían una incisión horizontal de la piel al nivel del segundo anillo traqueal, ponían al descubierto la tráquea, la desnudaban en todo su contorno, la incidían transversalmente y desviaban el cabo superior con la laringe hacia la derecha y el cabo inferior a la izquierda: interponían entre los dos muñones el músculo externo hioideo del lado izquierdo, suturaban los bordes de la tráquea a los de la herida y drenaban lateralmente el cabo superior para desviar las secreciones procedentes de la laringe, evitando su caída en el árbol respiratorio.

En el segundo tiempo, después de varios días, y a veces después de un mes o dos, cuando todo había cicatrizado, procedían a extirpar la laringe, seguros de que, aislado el árbol respiratorio por las adherencias cicatrizales, la saliva y los productos sépticos saldrían por el desagüe lateral y no podrían caer en la tráquea, previamente incomunicada.

Como se ve, en el método primitivo de Gluck y Zeller, concebido hace cuarenta años, encontramos tres adquisiciones de importancia, cimientos sobre que se apoyan las dos tendencias de la Cirugía laríngea actual. *Sutura circular del muñón traqueal a la piel. Ejecución de la laringectomía, varios días después, a fin de que una barrera viva incomunicase el aparato tráqueo-bronquial de la herida operatoria. Desagües*

desviadores de las secreciones fuera del árbol traqueal.

La sutura circular del muñón traqueal a la piel, nunca hecha hasta entonces, es la base del procedimiento de Perier en un tiempo, y el fundamento de la operatoria moderna. La combinación de los dos tiempos quirúrgicos, realizados en días diferentes, es la base del procedimiento de Le Bec. La desviación de las secreciones por medio de los desagües bien dirigidos es otro hecho que preside la cirugía actual.

Desde este momento el camino de la historia se ramifica, y simultáneamente varios autores proponen modificaciones de importancia.

Perier, en una sesión (19 de marzo a 16 de abril) del 1890 de la Sociedad de Cirugía de París, aprovechando el principio de la sutura circular de la tráquea, expuso el procedimiento que lleva su nombre, y que, como ustedes ven en estas proyecciones, consiste en hacer tres incisiones, dos horizontales, una a nivel del hioides y otra a nivel del cricoides, unidas por una tercera vertical central; separar los dos colgajos de piel, llevando con ellos los músculos laríngeos disecados a ras de los cartílagos de la laringe, se atraviesa un anillo de la tráquea con un hilo para tirar de ella hacia adelante y seccionarla transversalmente entre el primer anillo y el cricoides. Se disecciona entonces la tráquea por detrás, con el fin de bascularla hacia adelante e introducir en ella la cánula de Perier, por donde se sigue cloroformando al paciente.

Desde este momento se comienza de abajo arriba el despegamiento de la cara posterior de la laringe para separarla del esófago y de la hipo-faringe hasta llegar a los aritenoides, en cuyo sitio se desprende la laringe. Por último, se reponen los colgajos en su lugar, suturando a su parte inferior el muñón traqueal y dejando en el centro de la incisión superior un orificio en comunicación con la faringe. El orificio podía ser aprovechado después para introducir por él el tubo eférente de un aparato fonador.

Fácilmente comprenderéis que por el orificio superior tienen que pasar, inevitablemente, las secreciones de la boca; la herida se infecta irremisiblemente y la infección puede ganar la tráquea, porque sus primeros anillos, desnudos en todo su contorno, se suelen mortificar y se desprenden, dejando libre el camino de la tráquea a las secreciones infectas de la herida.

Sin embargo, la operación de Perier, hoy clásica, tuvo la fortuna de que inmediatamente, en el año de 1890, se le ocurriese a Bardenheuer hacer la sutura de la faringe a la membrana hiotiroidea y a la mucosa de la base de la lengua, con lo cual la comunicación de la boca con la herida traqueal se había suprimido, al menos temporalmente, y lo digo así porque a los pocos días la sutura de la faringe, en contacto con las secreciones de la boca, se infecta generalmente abriendo camino a la infección de la herida operatoria, destruyendo la ostomía traqueal y determinando la infección bronco-pulmonar.

Sin embargo, esta modificación de Bardenheuer constituye una de las adquisiciones más interesantes;

su paternidad es reclamada por muchos autores. Moure afirma haberla hecho un año antes. Dicese también que un italiano, Rossi, hizo esta operación seis o siete años antes que Bardenheuer, pero, no llegó a publicarla. También Cisneros pensó y realizó esta modificación el año 1900, sin tener noticia de que Bardenheuer la había hecho y publicado diez años antes.

La operación de Perier con la modificación de Bardenheuer consiguió reducir enormemente el número de las complicaciones bronco-neumónicas que sin embargo, seguían presentándose con demasiada frecuencia. Achacábase por muchos a que el aparato respiratorio no estando habituado a la entrada directa del aire, el paso de éste sin la necesaria tamización, humedecimiento y calentamiento que realizan las fosas nasales, predispone y determina la bronco-neumonía. Era necesario, decían, habituarle, practicando la traqueotomía días antes de hacer la extirpación de la laringe. Y llegó a establecerse como norma de conducta por la inmensa mayoría de los cirujanos, la previa ejecución de la traqueotomía para días más tarde efectuar la laringuectomía a lo Perier.

Cisneros, que en sus primeros operados hacia Perier precedido de traqueotomía que luego dió preferencia al señor Bec, y que posteriormente se acogió al Perier típico, en un tiempo; decía así en un artículo publicado ulteriormente en el *Boletín de Laringología*. «Bien pronto pude convencerme de que los accidentes broncopulmonares eran más frecuentes en los últimos casos operados, es decir, en los que las aberturas traqueal y laríngea, se habían realizado en un solo acto operatorio, y que el mismo procedimiento de Perier, a pesar de sus innumerables ventajas, no pone a cubierto de esta temible complicación, y nuevamente he vuelto al antiguo sistema, practicando en un primer tiempo la traqueotomía y más tarde la escisión del neoplasma laríngeo.»

Aparte la importancia que teóricamente se atribuye a la traqueotomía previa—, ya lo discutiremos después—, es lo positivo que esta operación preliminar no aísla en modo alguno el campo operatorio del árbol traqueal y si la infección sobreviene, no hay barrera que la detenga en su camino descendente. La broncopneumonía pese a la traqueotomía continuaba arrebatando multitud de laringuectomizados.

Era menester establecer una incomunicación previa entre la tráquea y la laringe y ésta fué la razón que indujo a Bec y de Real a practicar la operación en dos actos separados por un lapso de tiempo variable de quince a treinta días. En el primero hacia la traqueostomía circular, en el segundo la laringuectomía.

Pretendían los autores con la traqueostomía previa, interponer una barrera viva, constituida por piel y tejido cicatrizal, entre la tráquea y la laringe para que al ser extirpada ésta, no hubiera posibilidad de que las secreciones del campo operatorio pasasen a la tráquea.

Como ven ustedes en esta proyección realizaban la traqueostomía de la siguiente manera: Una incisión

vertical media desde el borde inferior del cartilago tiroides al esternón, ponía a la vista los músculos infrahióideos que eran separados para buscar el istmo del tiroides que se encontraban en la línea media. Descubrimiento de la tráquea por delante y por los lados, desde el cricoides al esternón, denunciándola lo menos posible para evitar la necrosis de los cartílagos. Sección transversal entre el primer anillo y el cricoides. Se atrae hacia adelante la tráquea y se desprende con precaución su cara posterior en una extensión de tres centímetros. La tráquea se lleva hacia adelante y se sutura a la parte inferior de la incisión cutánea. De este modo su cara posterior membranosa forma una cúpula, un tabique que aísla el tubo traqueal del vacío fraguado debajo de la laringe. La laringe queda ampliamente abierta en este espacio y en él verterá las secreciones sépticas de su cáncer por cuya razón es preciso drenarle bien. Yo no me cansaré de insistir en las constituciones de este espacio: la pared posterior, de unos tres centímetros de extensión, está formada por el esófago desnudo; la pared inferior por el pretendido tabique, a pared posterior, membranosa, de la tráquea, que, desnuda y falta de nutrición, está condenada a la necrosis; la pared superior puramente virtual es el orificio laríngeo y la pared anterior está constituida por la piel, en cuya línea media hay por lo menos cuatro centímetros de sutura reciente. A pesar que los autores establecen el drenaje de este espacio muerto mediante un tubo agujereado del número 25, colocado lateralmente por delante del externo-cleido-mastoideo, las consecuencias son fáciles de prever y de ellas nos ocuparemos más tarde.

El segundo acto quirúrgico es ejecutado de abajo arriba con arreglo a la técnica de Perier, modificada por Bardenheuer; cuidando de que esta incisión sufra y el orificio traqueosfómico quede un puente de piel de uno a dos centímetros. Claro es que estando hecha previamente la sutura de la tráquea a la piel en la operación preliminar nos encontramos con esta ventaja que representa una pequeña economía de tiempo.

Como se ve, la idea fundamental del procedimiento de Le Bec no tiene nada de original, esta idea se le ocurrió a Glück hace ahora cuarenta años con una diferencia, y es que aquel autor desviaba la tráquea a la derecha y la laringe a la izquierda para oponerse a la penetración de secreciones en el árbol respiratorio.

Yo quisiera hablar de las ventajas de este método, pero no encuentro absolutamente ninguna. En cambio, veamos los inconvenientes.

El primer hecho operatorio el que se hace para lograr el aislamiento del árbol respiratorio y evitar una causa de muerte, *produce más mortalidad que la operación principal*. Este argumento bastaría por sí solo para desterrar en absoluto el método.

Yo he ejecutado este primer tiempo ocho veces, y de estas ocho he tenido que lamentar un muerto, por broncopneumonía o sea el 11,5, de mortalidad.

(Se continuara.)

BIBLIOGRAFIA

Nouveau traité de Médecine, publicado bajo la dirección de ROGER, decano de la Facultad de París; WIDAL, catedrático de Clínica Médica en París; TEISSIER, catedrático de Clínica médica en Lyon.— Fasc. I (Infecciones), Masson & C., editores.—Un tomo de 482 páginas; 1920.

Acaba de publicarse este primer tomo del *Nuevo tratado de Medicina*, que en conjunto ha de comprender 20 tomos más y ha de constituir, por tanto, un texto de consulta y de información para médicos y estudiantes, destinado a sustituir los grandes Tratados ya agotados desde antes de la guerra, y a cotejar los datos y los conceptos informadores de las obras alemanas recientemente publicadas. Los nombres de Roger, Widal, Teissier son garantía de éxito seguro y de gran seriedad, doctrina y experiencia en la redacción.

Parece ser que la publicación de los tomos sucesivos se hará muy de prisa, a juzgar por las indicaciones de los directores, por la distribución ya definitiva de la materia en los índices de cada fascículo, y por la solicitud y los medios puestos al servicio de la obra por el editor.

Los tres primeros tomos comprenderán las *Enfermedades infecciosas*; el IV y el V, las *Paritarias*; el VI, las *Intoxicaciones*; el VII, las *Avitaminosis*, las *Enfermedades por agentes físicos* y los *Trastornos de la nutrición*; el VIII, las *Enfermedades endocrinas* y los *Trastornos del desarrollo*; el IX, las *Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos*; el X, *Aparato circulatorio*; el XI y el XII, *Aparato respiratorio*; el XIII y el XIV, *Aparato digestivo*; el XV, *Glándulas salivales, Páncreas, Peritoneo*; el XVI, *Hígado*; el XVII, *Riñones*; el XVIII, el XIX y el XX, *Sistema nervioso*, y el XXI, *Músculos, huesos y articulaciones*.

Este primer tomo, tras un breve *Prefacio*, firmado por los tres directores, en que se exponen los propósitos y el alcance de la obra, comienza con un extenso capítulo de Roger: *Nociones generales acerca de las infecciones* (98 páginas), muy moderno, muy al día—*upto day*, que dirían los ingleses—, y a pesar de su carácter eminentemente sintético, muy completo.

Es de lamentar que en la parte dedicada a estudiar las reacciones del organismo a las infecciones, donde habla Roger de la *acción protectora de la sangre y del suero* (pág. 47) y de los tejidos en general, no se recuerden siquiera los trabajos de Turró, que demostró hace veinte años el poder bacteriolítico de los jugos orgánicos. Por lo demás, la exposición de la doctrina de la inmunidad está hecha con gran claridad y con gran exactitud. El estudio de la *evolución de las enfermedades infecciosas* (págs. 65 a 83) es perfecto.

Sigue un estudio genérico de Sacquepée sobre las *septicemias* (págs. 99 a 109), y luego más monografías de Roger sobre las *estreptococcias* (págs. 110 a 121) y la *erisipela* en particular (págs. 122 a 157), esta última acompañada por una excelente lámina en colores. Los dos capítulos siguientes sobre *Pneumococcia* y *Pneumonía*, debidos a Monetrier y Stevenin, y que comprenden 102 páginas, son seguramente de los más interesantes del libro y constituyen uno de los mejores estudios clínicos y anatomopatológicos de las infecciones neumocócicas en general y de la neumonía. La descripción macro y microscópica de las lesiones pulmonares neumocócicas, sin que modifique en nada las clásicas observaciones de los anatomopatólogos del siglo XIX, Nüller, Ziegler, etc., está hecha con datos personales y con minuciosos detalles histo-patológicos, avalados por excelentes figuras y láminas. La parte clínica y terapéutica es igualmente interesante.

Macaigne suscribe los siete cortos capítulos que siguen, sobre *Estafilococcias*, *Infecciones por tetrágenos*, *Enterococcias*, *Gripe e infecciones debidas al coccobacilo de Pfeiffer*, *Infecciones por diplobacilos de Friedländer*, *Psittacosis* e *Infecciones por proteus vulgaris* (págs. 262 a 312). Viene luego una monografía de Veillon sobre *Infecciones pútridas y gangrenosas* y un excelente capítulo de Dopter sobre *Meningococcia*. Es éste otro de los capítulos de más relieve del libro.

El estudio clínico, la parte diagnóstica y las indicaciones terapéuticas se hallan magistralmente desarrolladas (págs. 331 a 389). Un capítulo de Hudelo sobre *Gonococcia* cierra el volumen (págs. 390 a 476). En conjunto, la obra da una impresión de modernidad y de seriedad, que serán muy apreciadas por los médicos, deseosos, en este período más que nunca, de orientarse con cierta serena confianza, y con el apoyo y la guía de maestros discretos y comedidos, entre la avalancha caótica de técnicas, invenciones, descubrimientos, hallazgos, procedimientos, métodos y tratamientos tan peregrinos como fugaces.

G. PITTALUGA.

Periódicos médicos

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Quimioterapia experimental de los protadores de bacilos típicos y de las inyecciones de la vesícula biliar, por los doctores P. Unlenhuth y Th. Messerschmidt.—Habiendo fracasado para este tratamiento infinidad de medicamentos y principalmente las vacunaciones antitíficas, los autores han estudiado multitud de sustancias químicas que dividen en tres grupos: 1.º Agentes quimioterápicos generales. 2.º Agentes quimioterápicos que parecen tener acción especial

sobre el hígado y las vías biliares. 3.º Substancias colorantes. Citan una larga lista de cuerpos pertenecientes a los dos primeros grupos que ellos han ensayado. Todos fracasaron. En cuanto a materias colorantes han ensayado unas 110. Los ensayos constaban de dos series de experimentos. Primero se investigaba su solubilidad en la bilis y la posibilidad de desarrollar así disuelta acción antiséptica o no. Estos ensayos se hacían *in vitro*; después se estudiaba *in vivo* el modo de repartirse estos cuerpos por el organismo y las vías de eliminación, tras de la inyección subcutánea e intravenosa. Resultó que de todos los colorantes empleados, sólo mostró acción germicida disuelta en la bilis los siguientes: carmín de alumbre, amarillo de Martindale, verde verdadero, auramina, kristallviolett-anilina, fuchina, verde de malaquita, verde de metilo, violeta de metilo, tienina, verde de zinc, fluoresceína, argéntica, cloruro de safranina y mercurio, sal de safranina y cobre, trifenilcarbinoltriglicerina cúprica, cloruro de azul de metileno y mercurio. Se preparaba una solución al 1,250 del colorante en bilis de buey, y con esta solución madre se preparaban diluciones hasta el 1,50.000 a 5 centímetros cúbicos de cada una de estas diluciones, se añadía una gota de cultivo de bacilo tífico en bilis; después de tener la mezcla en la estufa durante veinticuatro horas, se sembraba medio centímetro cúbico por estría sobre la placa de agar; se incubaba y se identificaban las colonias que se hubieran desarrollado. La fluoresceína argéntica y los dos coloreantes que le siguen, resultaron poseer acción germicida evidente *in vitro* al 1,40.000, 1,30.000 y 1,10.000, respectivamente; pero se disocian y sólo actúan en virtud de su ion metálico. *In vivo* este ion, se desprende también de la materia coloreante y, ya aislado, no se elimina por la bilis; por lo tanto, no se produce acción terapéutica. En cuanto al examen *in vivo*, parte de los animales inyectados se sacrificaban cinco o diez horas después de la inyección y la coloración vital servía para indicar a qué parte del organismo había sido llevado el colorante y por dónde se había eliminado. Naturalmente que para demostrar la eliminación por la orina, no hace falta sacrificar al animal; e igualmente en las heces se demuestra la existencia de los colorantes que se eliminan por la bilis y por el intestino, mediante extractos alcohólicos de aquéllas, hechos a las veinticuatro horas de la inyección.

La violeta de metilo de varias marcas produjo un 63 por 100 de curaciones (entiéndase que se trata de estudios experimentales en conejos). Tanto el violeta de metilo como la fuchina, que es otro de los colorantes que más se han empleado, son derivados del trifenilmetano, cuerpo constituido por un carbono que tiene una valencia unida a un fenilo, otra a otro fenilo y las otras dos a un tercer grupo fenilo. Como quiera que la violeta de metilo tiene acción necrotizante sobre los tejidos en que se practica la inyección, y esto aunque se haga intravenosa, cosa que impidió la aplicación al hombre. Por este motivo se ha tratado de

sustituir por múltiples derivados; pero ha resultado de todos ellos que, en cuanto el carbono deja de tener un engarce doble, pierden sus propiedades antisépticas.

Otros experimentos fueron encaminados a suprimir uno de los fenilos, conservando el de engarce doble. Así se obtienen los difenilmetanos, a los que pertenece la auramina; para esta modificación química, tiene, como consecuencia, la disminución considerable del poder antiséptico del preparado y, además, aumentaba su toxicidad, de tal manera, que la vigésima parte de la dosis mortal mínima de la violeta de metilo, era suficiente para matar a un conejo instantáneamente. Otra clase de ensayos iban caminados a combinar dos de los fenilos entre sí por medio de un átomo bivalente. Si este átomo es el oxígeno, se engendra la eosina; y si, además, se combina con el yodo o con el bromo, tenemos la eosina y la eritrosina, respectivamente. Pero todos estos compuestos se eliminan por la orina y no por la bilis; de modo que, aunque no sean tóxicas, no se pueden utilizar. Por fin llegaron a emplear el verde brillante que tiene todavía acción desinfectante; pero muy débil y tanto más cuanto más largas sean las cadenas engarzados en los fenilos. En cambio, la violeta de metilo medicinal de Höchst y la fuchina de Hachst, llegando a mostrarse la acción bactericida hasta al 1 por 16.000. Los experimentos con estos últimos cuerpos los hicieron en el año 1918 y por la escasez de materiales son incompletos; pero marcan ya un camino por donde deben seguir las investigaciones.—(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 18 de noviembre, 1920).

2. El fenómeno del radial en la braquialgia, por el doctor Boeckh. Todo el mundo conoce el síntoma de Lasègue de la ciática y cómo se explora; sábese además que se explica la aparición del dolor típico de este síntoma por la distensión mecánica que sufre el nervio; pues bien, en la neuralgia braquial los nervios afectados son generalmente el radial, el braquial cutáneo interno y el cubital; pero es muy frecuente que esta neuralgia braquial se confunda con una omartiritis, y entonces un síntoma de Lasègue en la ciática sirve muy a menudo para hacer la diferenciación.

El fenómeno del radial consiste en la aparición de un dolor cuando se coloca el brazo en separación sobre el tronco; se le hace verificar una rotación interna y se estira el antebrazo sobre el brazo, haciendo que el primero adquiera una posición de tronsción.

El dolor que en este caso aparece se presenta a lo largo del nervio radial, que en los casos de neuralgia braquial suele ser el más afecto, y su mayor intensidad la tiene en el punto que mayor distensión sufre, que es a nivel de la articulación del condilo con la cabeza del radio.

En la artritis deformante u omartiritis pura se producen fenómenos distintos, porque también es dolorosa la aproximación del brazo con rotación externa, y lo mismo ocurre en la periartiritis, en la que la simple rotación del brazo es dolorosa porque distiende la cápsula.

El autor cree que este síntoma del radial es todavía más decisivo que el de Lasègue; he aquí por qué: El movimiento que se hace ejecutar al miembro inferior al explorar el síntoma de Lasègue es contrario a los movimientos coordinados usuales que se verifican al andar, correr, sentarse y levantarse, etc., en los que al mismo tiempo que se flexiona el muslo sobre la pelvis se flexiona la pierna sobre el muslo; en cambio, para explorar el síntoma se flexiona el muslo sobre la pelvis, teniendo la rodilla en extensión. Este movimiento, contrario a los habituales, hace que muchas personas sientan molestia, y hasta dolor, en los glúteos cuando se les somete á él, aunque no padezcan ciática. En cambio, en el brazo no hay lugar a que se produzcan estas molestias por falta de hábito de los músculos a someterse a este movimiento, ya que los movimientos de los brazos en todas las profesiones son extraordinariamente complicados.

Acaba el autor apuntando que quizás las neurosis profesionales sean braquialgias, en las que por hacerse espontáneamente el síntoma del radial se presentan los dolores.—(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 16 de diciembre de 1920.)

3. Los baños y la quinina en el paludismo crónico, por el doctor Lurz.—En el tratamiento de los palúdicos crónicos se emplean los baños con el fin de obligar a los parásitos a salir de sus escondrijos y a circular por la sangre, donde son más accesibles a la acción de la quinina.

Para este fin los más apropiados son los baños frescos y fríos, porque, según la ley de Doster y Murat, del antagonismo del comportamiento de la circulación en los vasos periféricos y en los profundos, cuando aquéllos se estrechan por la acción del frío, éstos se dilatan, principalmente los del territorio del esplácnico y los del encéfalo.

Bien sabido es que después de las mojaduras accidentales y de los enfriamientos los parásitos de la malaria vuelven a aparecer en la sangre, y los palúdicos crónicos que padecían la afección en estado de latencia vuelven a presentar brotes agudos de ella. Por eso se aconseja a estos enfermos tomar, en vez de simples baños fríos, baños carbogaseosos, que excitan las terminaciones sensitivas receptibles para las sensaciones térmicas, y a pesar de que en realidad el organismo pierde más calor que en los baños corrientes de igual temperatura, hacen que el enfermo los sienta más calientes de lo que realmente están. Además, el baño carbogaseoso estimula el corazón; los enfermos se sienten muy aliviados después de él.

Hay médicos que se limitan a los baños para el tratamiento del paludismo crónico; si algún caso va seguido de éxito se debe indudablemente a que el organismo ha vencido a los parásitos, fortalecido aquél por los baños, porque no parece probable que estos últimos tengan acción alguna sobre la malaria. En cambio, si es un tratamiento muy eficaz, la combinación de los baños con la quinina; el autor recomienda cada dos días un baño carbogaseoso a 30 grados; ade-

más da quinina siete días seguidos, descansa tres y repite la quinina; así por siete veces. Si se siguen presentando parásitos en la sangre se prolonga la cura.

El autor refiere haber obtenido hasta ahora muy buenos resultados con este tratamiento, aunque tiene que pasar más tiempo para poder afirmar que exista una curación completa.

Especialmente merecen atención varios casos de malaria tenaz con recidivas frecuentes que, tratadas por los baños y la quinina, quedaron en un estado equivalente a la curación por la sensación de bienestar en que quedaron los enfermos.—(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 16 de diciembre de 1920.)

4. El papel del hígado en la producción de los accidentes anafilácticos de origen alimenticio, por el doctor J. Leclercq.—Los accidentes anafilácticos provocados por la ingestión de alimentos tienden a ocupar un lugar cada vez más considerable en patología. Los aspectos clínicos que revisten, son muy variados: trastornos digestivos más o menos acusados, náuseas, vómitos, diarreas, accesos de jaqueca, erupciones cutáneas (eritemas, urticarias, prúrigos, edemas localizados, brotes eczematosos), accesos de asma, accesos epileptiformes y hasta síntomas generales graves, comparables a las manifestaciones provocadas por las inyecciones de sueros terapéuticos. Diversos autores han demostrado que en ciertos casos, puede ser invadido el organismo humano por albúminas extrañas introducidas en las vías digestivas, puesto que estas albúminas extrañas han podido ser descubiertas en la circulación general y hasta en la orina. Así pues, las albúminas extrañas que desde el aparato digestivo pasan a la circulación general, pueden sensibilizar el organismo, o pueden también, en este organismo previamente sensibilizado, ocasionar accidentes anafilácticos como si esas sustancias hubieran sido introducidas directamente en la sangre por inyección intravenosa. Ahora bien, se ha tratado de explicar esta penetración de albúminas extrañas en el organismo, por una ingestión demasiado abundante de sustancias albuminoideas, de tal modo que, aunque el estómago e intestino funcionen normalmente, no logran desintegrar por completo toda la masa alimenticia ingerida; tiene lugar pues, una digestión incompleta de estos alimentos y los cuerpos protéicos en vía de transformación, pasan a la circulación general al mismo tiempo que las albúminas íntegramente digeridas. Pero esta explicación no tiene valor más que en un número limitado de casos, porque muchas veces sobrevienen los accidentes de anafilaxia alimenticia a consecuencia de la ingestión de una cantidad insignificante de alimento; así es, que otros autores, han pensado que la insuficiencia de los fermentos digestivos y las alteraciones de la mucosa intestinal, deben ser invocadas para explicar estos hechos. Pero cualquiera que sea el valor y el interés de estas explicaciones, últimamente se ha demostrado, que el hígado juega en realidad, el papel preponderante en la producción de las manifestaciones

que nos ocupan. Widál, Abrami y Jancovesco, han demostrado experimentalmente, que después de la absorción de una comida introgenada, las sustancias proteicas, incompletamente desintegradas, pasan a la vena porta y por ella al hígado; este órgano, cuando está sano, tiene la propiedad de detener estos cuerpos introgenados, lo que ellos denominan «poder proteopéxico del hígado». Si, por el contrario, el hígado está alterado, los albuminoides desintegrados incompletamente, atraviesan este órgano y pasan a la circulación general, provocando una perturbación denominada «vushemoclásica» caracterizada esencialmente por trastornos cardiovasculares con hipotensión y elevación de temperatura, y por modificaciones sanguíneas consistentes sobre todo, en una leucopenia que recae sobre los polinucleares y en un aumento de la coagulabilidad sanguínea. Estos trastornos son tan típicos y tan constantes, que los autores preconizan la investigación de la crisis hemoclásica después de una comida de prueba introgenada, como medio de descubrir la insuficiencia hepática, aún latente.

Estos datos patogénicos presentan un interés práctico, porque establecen que las manifestaciones de anafilaxia alimenticia deben existir más a menudo de lo que se cree y además, no están exentas de peligro porque su repetición provoca a la larga en el organismo, profundas perturbaciones. Por otra parte, conocida la naturaleza anafiláctica de estos accidentes, es posible evitar su reaparición, ya sea prohibiendo la ingestión de los alimentos productores de los mismos, ya sea antianafilactizando al sujeto sensibilizado contra estas sustancias. Los resultados obtenidos con este remedio, son a veces de los más brillantes; se conoce, por ejemplo, la acción de las inyecciones subcutáneas de leche en los niños que no toleran este alimento. Muchas veces sin embargo, no es posible recurrir a este medio y entonces conviene luchar contra las causas orgánicas del fenómeno anafiláctico. Es preciso tratar de obtener una desintegración más completa de las albúminas alimenticias ingeridas, bajo la influencia de los fermentos digestivos y sobre todo, estimular la función hepática. Conviene disminuir la ración de albuminoides, fraccionar su ingestión, prescribir la pepsina, pancreatina, los fermentos intestinales. Tratar siempre de imponer al hígado un mínimo de trabajo, gracias a un régimen apropiado, y además, estimular su función recurriendo en particular a la opoterapia. — (*L'Echo Medical du Nord*, núm. 28, 9, octubre, 1920).—*E. Luengo*.

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

I. El neumotórax operatorio.—El doctor Ricardo Finochietto estudia la importancia del neumotórax en la cirugía intratorácica, y establece las siguientes conclusiones:

El neumotórax operatorio es un simple incidente cuando se conocen y se observan las reglas para su indicación y manejo.

En $\frac{2}{10}$ de los hidátides pulmonares hay uno o más bronquios abiertos en la periquística; los fenómenos provocados por la irrupción de líquido en ellos son los que complican inmediatamente la situación.

El neumotórax artificial previo presta servicios: primero, como medio diagnóstico (inédito, en colaboración con el doctor P. Escudero), y segundo, en casos de tumores pequeños y profundos, preparando a la pleura y al pulmón sano.

En el postoperatorio no es conveniente aspirar el neumotórax.

El neumotórax artificial postoperatorio puede servir de hemostático e impedir el relleno de la cavidad evacuada.

Aún no se conoce el método seguro para provocar adherencias pleurales.

Todos los aparatos a presión distinta deben desecharse por costosos, inútiles, y a veces nocivos.

La ventilación por las vías aéreas superiores seguirá siendo imprescindible para la cirugía del exófago, y siempre que haya probabilidad de neumotórax doble.

El nombre de Alejandro Posadas debe figurar en primera línea cuando se hable de cirugía pulmonar; su procedimiento operatorio para los quistes no superficiales y no adheridos contiene todos los fundamentos de la simple cirugía pulmonar actual. — (*Semana Médica*, Buenos Aires 14-10-920.)

PEDIATRÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Un caso de fístula del uraco, por el doctor

Kruer.—Se trata de un niño de nueve años que desde su nacimiento expulsa orina por el ombligo siempre que trata de orinar. En el ombligo hay un orificio; explorado con una sonda uretral, pasa ésta a lo largo de la línea media hasta la vejiga. El cateterismo uretral demuestra que a los 11 centímetros hay una estrechez que se vence con bujías filiformes. La orina contiene bastantes piocitos. En los días sucesivos se va dilatando la uretra y se trata la cistitis. A las seis semanas se le opera. Extirpación del ombligo por incisión ovalada alrededor; ésta se prolonga a lo largo de la línea media hasta la sínfisis, penetrando hasta la fascia transversalis, a través de la cual se ve una tumoración alargada muy vascular, que dos traveses de dedo por encima de la sínfisis se confunde con la vejiga.

Es el uraco. Se extirpa, se sutura la vejiga con catgut y luego se hace una sutura invaginante con seda. Sutura de las paredes abdominales; sonda permanente cinco días. Al extirpar el uraco, se le separó por disección roma del peritoneo sin lesionar éste. El tamaño de la fístula es tal, que permite el paso de una sonda del 6 de Charrière. — (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 5-VIII-20.)

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Estudios sobre la tuberculosis, acerca de la diferenciación de las bacterias ácidosresistentes, por los doctores H. Schlossberger y W. Pfannenstiel.—

Al poco de descubrirse el bacilo de la tuberculosis, se descubrieron otra porción de bacterias que tenían grandes analogías morfológicas con aquél, especialmente en lo que se refiere a su colorabilidad y diferenciación por los ácidos. De estas bacterias análogas a la tuberculosa, unas son simplemente saprófilas, y las otras, poseen propiedades patógenas para los animales, principalmente para el cobaya. Pero es el caso, que entre los bacilos que provocan tuberculosis humana, bovina, aviaria, de la tortuga, de las gallinas y de algunos animales de sangre fría, como la rana y las serpientes y los que son puramente saprófilos, o a lo sumo provocan procesos atípicos en algunos animales, no existen diferencias tan marcadas, siempre que no se los confunda, y el trabajo de los autores iba encaminado a contemplar y facilitar esta diferenciación. Han estudiado 16 razas de bacilos tuberculosos, y 18 razas de los bacilos semejantes a la tuberculosis, y el resultado de sus investigaciones ha sido que la diferenciación no se consigue por las propiedades morfológicas, ni por las tintóreas, empleando la coloración usual de Ziehl y la coloración de Konrich que emplea para la decoloración el sulfito sódico. Los autores han empleado también con fines reductores otras sustancias: orto-meta y paraaminofenolsulfoxilato; los saprófitos son, en general, más fáciles de decolorar que los bacilos tuberculosos plenamente virulentos, pero también hay algunas razas de éstos que fácilmente se decoloran y, por lo tanto, la diferenciación no puede ser segura.

Tampoco se puede hacer una diferenciación segura por medio de las aglutinaciones por los sueros, ni por las aglutinaciones por los ácidos, según Michalis, fundada esta última en la concentración de iones de H. en la que mejor se verifica el desarrollo de los bacilos.

La diferenciación tampoco es posible sobre la base de la producción de ácidos y de alcalis que se pongan de manifiesto en los cultivos en medios tornasolados, que contengan hidratos de carbono. Los autores emplearon agar común tornasolados al que añadían un 5 por 100 de diversos hidratos de carbono; lactosa, maltosa, sacarosa, glucosa, manita, etc., o también de glicerina. De estos experimentos resultó que algunas razas sumamente afines como lo son la de la tuberculosis humana y de la bovina, presentan considerables diferencias. Lo mismo sucedió con los ensayos de diferenciación por medio de los cultivos en diferentes concentraciones de sacarosa.

Por fin, teniendo en cuenta el dato señalado por ciertos autores de que los bacilos tuberculosos de los posquiloterms ya no se cultivan a 37°, y por consejo del profesor Kolle, hicieron los autores estudios de investigación acerca de las temperaturas óptimas para las

diferentes razas y las temperaturas máximas a que todavía se desarrollan. Encontraron que existe un límite muy preciso entre los verdaderos bacilos de la tuberculosis y los bacilos ácidosresistentes, patógenos y no patógenos, semejantes a ellos. Los verdaderos bacilos de la tuberculosis no se desarrollan a más de 42°, excepción hecha de la raza de Arloing, que muestra bastantes diferencias también en otros sentidos. En cambio, de los otros bacilos ácidosresistentes, sólo los bacilos de las trompetas suspenden su desarrollo a menos de 50°; los demás se cultivan bien a esta temperatura y los que se encuentran en la hierba, aun a 55° y 58°. Los verdaderos bacilos tuberculosos de los animales de sangre fría no se desarrollan a 37°, y si se tiene en cuenta que los bacilos de Eriedmann y de Piorkowski si se desarrollan abundantemente a esta temperatura, resultan que no son verdaderos bacilos de la tuberculosis de los animales de sangre fría. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1920, núm. 44.)

T E R A P E U T I C A

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Tratamiento del cáncer inoperable, por E. Estor.—

Como tratamiento *paliativo* recomienda Estor el empleo del alcanfor. La acción de este tratamiento está caracterizada por disminución del adelgazamiento, y a veces hasta por aumento de peso; por atenuación o supresión de los dolores; por modificación de los exudados cancerosos, que se hacen menos abundantes y menos fétidos; por recuperación del apetito y del sueño.

Estor emplea el aceite alcanforado, medicamento que no se acumula y se elimina por vías numerosas. Además se pueden evitar los accidentes de intoxicación, porque ésta se revela desde el principio por fenómenos de intolerancia gástrica. Lo administra durante mese y sin interrupción.

El autor no sabe decir si los buenos resultados obtenidos por él en los tres casos que refiere se deben al aceite o al alcanfor. Puede suponerse que el aumento de peso se debe al aceite, y la desodorización de las secreciones se debe al alcanfor eliminado al nivel de las superficies ulceradas. Hay que inyectar todos los días de 1 a 2 gramos de alcanfor, o sea 10 a 20 c. c. de aceite alcanforado al décimo; Estor ha llegado a inyectar 5 gramos diarios; pero entonces apareció pronto la intolerancia gástrica. La inyección se practica en la pared abdominal o en la cadera; por tanto, a distancia de la neoplasia.

Los casos en que el autor ha empleado este tratamiento son casos de recidiva de cáncer de la mama y del útero. En un caso de sarcoma inoperable del esternón no ha logrado ningún resultado; parece, pues, que este medicamento sólo obra sobre el cáncer epitelial, debiendo utilizarse sin duda ninguna, en sentir del autor, en todos los casos inoperables por prolongar durante mucho tiempo la vida del enfermo.—(*Montpellier Medical*, núm. 15, 1.º agosto 1920.)—E. Luengo.

TERAPÉUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El tratamiento de la erisipela por el calor, por el doctor P. Modinos.—El autor, médico del Hospital europeo de Alejandría, recurrió en un caso de erisipela del miembro inferior, rebelde al tratamiento clásico, a un procedimiento popular muy empleado en las islas del mar Egeo, que consiste en cubrir la parte enferma con una tela roja, poniendo encima una capa de algodón, cubierta a su vez por un paño; entonces se pasa sobre todo esto un hierro calentado hasta la máxima temperatura que pueda resistir el enfermo. Con este tratamiento, practicado durante diez minutos, mañana y tarde, mejoró en veinticuatro horas el estado del paciente de una manera notable.

En vista de este resultado, el autor emplea el método, aunque modificado del modo siguiente: Utiliza el cauterio de mayor longitud del termocauterio y lo acerca a la parte atacada de erisipela hasta una distancia de un centímetro próximamente, pasándolo por todo la superficie de la misma durante unos diez minutos. Dice que no ha visto un solo caso que resista a este tratamiento.—(*Journal des Praticiens*, núm. 38, 18 septiembre 1920.)—E. Luengo.

OBSTETRICIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. A propósito de la superfecundación.—Diagnóstico basado en la radiografía, por A. Sckwaab.—Se dice que hay superfecundación, cuando en su embarazo gemelar, los óvulos son fecundados, sucesivamente, en dos coitos separados, uno de otro, por un espacio de varias semanas y teniendo su origen estos óvulos en períodos diferentes de ovulación. Por tanto, los gemelos en un caso de superfecundación, tienen una edad diferente, o sea que tienen distinto tiempo de vida intrauterina. Para conocer este dato, propone Sckwaab practicar la radiotelegrafía de las epífisis inferiores del fémur, puesto que se sabe que el punto de orificación de esta epífisis, aparece en los últimos quince días de la vida intrauterina, o sea, que su existencia, en la fecha del nacimiento, indica que el feto es un feto a término. El autor refiere un caso, en el cual uno de los gemelos pesaba 950 gramos menos que el otro, presentando, además, claramente el aspecto de un prematuro. Se trataba de un embarazo bivitelino y en el gemelo prematuro no existía el punto de orificación antes mencionado; en cambio, era bien manifiesto en el otro. Refiere otro caso, con diferencia notable de peso y desarrollo entre los dos gemelos; pero, en cambio, en ambos se observa claramente el punto de orificación de la epífisis inferior del fémur; tenían, por tanto, la misma edad intrauterina; este último caso, demuestra que no hay que creer que el desarrollo igual de dos fetos supone un caso de superfecundación, sino que en esos casos interviene una

distribución desigual del vitelo de formación, entre los dos embriones, o la asimetría de las anastómosis placentarias.—(*Presse Medicale*, núm. 63; 25 septiembre, 1920.)—E. Luengo.

SIFILIOGRAFÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Alteraciones endocrinas que tienen un origen sífilítico.—El doctor Albadalejo y García, en su tesis del Doctorado, hace un estudio de estas alteraciones y de él deduce las siguientes conclusiones:

1.^a Antes del estudio de las enfermedades determinadas por la alteración de las glándulas de secreción interna, es necesario conocer bien la anatomía fisiología e histología de estos órganos.

2.^a Entre las infecciones que actúan como causa de perturbación endocrina, la sífilis ocupa un lugar muy importante.

3.^a La manera de actuar ésta es, unas veces por infiltración del tejido conjuntivo, que comprime y acaba por ahogar las células nobles o parénquima, y otras, por la destrucción glandular que lleva consigo la aparición de un goma.

4.^a La sífilis puede actuar también de una manera indirecta, como en la observación IV en que el hndimiento de la silla turca produjo una alteración de la hipófisis.

5.^a Las glándulas que tienen mayor receptibilidad para el spirochaeta de Schaudinn, son: el tiroides y la hipófisis, así como las suprarrenales la tienen por el bacilo de Koch.

6.^a Los síntomas de las perturbaciones endocrinas producidas por la sífilis no se diferencian en nada de las que tienen por origen otra causa. Por este motivo, debemos investigar minuciosamente en todos los enfermos los antecedentes y ayudarnos por el laboratorio, siempre que nos sea posible.

7.^a El tratamiento opoterápico sólo aspira a la compensación y, por tanto, debe ir acompañado siempre del causal, que es el verdaderamente curativo.

8.^a El tratamiento causal de la sífilis que en estos casos hemos empleado con más éxito ha sido el salvarsán, alternando con los mercuriales.

9.^a Combinando este tratamiento con el opoterápico y empleándolo con oportunidad, podremos obtener la curación radical en muchas alteraciones endocrinas. (*Revista Española de Urología y Dermatología*, octubre de 1920.)

OFTALMOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Sobre la pigmentación del limbo de la córnea en la enfermedad de Addison. por Meesmann.—En la Academia Oftalmológica de Berlín presenta el autor un paciente addisoniano, el cual, además de la pig-



mentación de la conjuntiva bulbar observada en otros casos, presenta pigmentación del limbo corneal, en una zona de tres milímetros, no descrita hasta ahora. El pigmento se halla depositado en las capas media y profunda del epitelio. Los vasos linfáticos del perilimbo aparecen cilíndricos, ampliamente dilatados y con sus paredes cargadas de pigmento. De su parte interna parten numerosas ramificaciones, que se anastomosan entre sí, llegando hasta el límite interno de la zona pigmentada. Parece que por estos vasos se ejerce un activo proceso de reabsorción.

Las recientes investigaciones de Bloch han demostrado que, por la actividad fermentativa de las células epiteliales, se origina el pigmento de una sustancia fundamental, probablemente análoga o la misma para la adrenalina y la melanina.—(*Deutsche. Med. Woch.*, número 23 de 1920.)—L. P.

OFTALMOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Pluralidad de los virus sífilíticos, por C. Levaditi y A. Marie.—Estudiando los autores la patogenia de la parálisis general, establecieron la conclusión de que el agente causal de esta enfermedad era un espiroquete distinto del que produce la sífilis corriente, no acompañada de trastornos nerviosos. Para ellos, existe por tanto, un espiroquete o *virus neurotropo* y un espiroquete o *virus dermatropo*; esta conclusión es el resultado de sus trabajos, que principalmente han sido de índole experimental. En contra de esta opinión, está la de los que creen que no hay más que un *virus sífilítico*, causante tanto de la sífilis con manifestaciones cutáneas y mucosas y la sífilis localizada en el sistema nervioso neurosífilis. Entre estos últimos, Sicard, ha sido el que más abiertamente ha combatido la teoría dualista, apoyándose especialmente en hechos de orden clínico y estadístico; en EL SIGLO MÉDICO del 6 de noviembre, publicamos un resumen de estos hechos en que se basa Sicard para mostrarse partidario de la hipótesis unicista y precisamente es en contestación a este artículo, el que Levaditi y Marie publican. Para estos autores, existen diversas variedades de treponemas, lo mismo que al lado del bacilo tífico están los paratíficos y lo mismo que existen diversas razas de vacilos disentericos. La objeción de Sicard, de las analogías microbianas, no existe para Levaditi y Marie. Las múltiples variedades del bacilo de la tuberculosis, que dan lugar a los procesos fúnicos fríos, atenuados, ganglionares, óseos, pulmonares, menígeos, cutáneos y por otra parte las razas bovina, humana; las variedades tan interesantes de los espirilos de la fiebre recurrente (africana, europea, americana), hablan en favor de los tipos microbianos pertenecientes a la misma especie, pero dotados de organotropismo diferente. En cuanto al bacilo de la lepra, hay que esperar a su cultivo y sobre todo a su inoculabilidad, antes de afirmar que el

gérmen de la lepra cutánea es igual, desde el punto de vista biológico al de la lepra nerviosa. Sicard dice, que en el caso del virus neurotropo, éste no será contagioso más que en el periodo del chancre, puesto que los accidentes cutáneos y mucosos serán la excepción; por tanto está destinado a desaparecer puesto que sólo se difundirá excepcionalmente. Los autores contestan que el chancre de virus neurotropo puede asegurar por sí solo la difusión de este virus; los accidentes secundarios, además, no faltan por completo en los futuros paralíticos generales o tabéticos; solamente son más fugaces y menos graves. Por otra parte, el gérmen neurotropo sólo se adapta al eje cerebroespinal después de una permanencia más o menos prolongada en este eje y puede también existir en la sangre, la cual puede ser origen de contagio. Se trata pues, de un verdadero ciclo con fase neurotrópica y cuanto más se repita este ciclo, más se acentuarán las tendencias neurotrópicas de ciertas razas y serán cada vez más fuertes los casos de sífilis nerviosa, que es lo que sucede en la realidad, como reconoce el mismo Sicard. La inoculación del virus dermatropo en los paralíticos generales, queda sin efecto; en el conejo, en cambio, se provocan lesiones por la inoculación de aquél, aunque se le haya hecho inmune para el virus neurotropo. Los autores concluyen que el virus neurotropo puede vacunar al hombre contra los dos gérmenes a la vez, aunque no exista inmunidad cruzada en el conejo, pero reconocen que esta conclusión no tiene nada de absoluta y en el hombre, aunque raramente, puede faltar también esta inmunidad cruzada. En cuanto a la diversa manera de reaccionar al tratamiento específico de las dos clases de sífilis, los autores dicen que la reacción no depende del gérmen, sino del tejido en que asienta y que cada tejido debe transformar el medicamento según su propia constitución química y su papel fisiológico. No tiene pues, nada de extraño que el cerebro (y más si está lesionado) elabore los derivados arsenicales de constitución compleja, de modo distinto y peor que el hígado, por ejemplo. La concepción dualista, es sustituida por Sicard por la teoría de la *sensibilización*. En un organismo no inmunizado en su intimidad contra su propio virus, pueden desenvolverse sensibilizaciones de ciertos tejidos. Los treponemas fijados primitivamente en los tejidos cutáneos, quedarán sensibilizados al contacto de los humores modificados de estos tejidos y estos treponemas sensibilizados apenas tendrán aptitud más que para colonizar en los tejidos dérmicos o dermo-mucosos y viceversa, el treponema sensibilizado en el contacto del parénquima nervioso, sólo será capaz de producir sífilis nerviosa. Levaditi y Marie, dicen que esto es todo lo contrario de lo que se entiende por sensibilización. Lo que Sicard indica, merece mejor el nombre de alergia; pero la alergia, cutánea al menos, no existe en la sífilis.—*Presse Medicale*, núm. 66; 15, septiembre, 1920).—E. Luengo.

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

La función sanitaria 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

Inauguración de curso.—La nueva Facultad de Medicina.

El domingo último, día 9, se efectuó, con el ceremonial consagrado por la costumbre, la inauguración del curso de sesiones públicas en la Real Academia Nacional de Medicina. Por de pronto, hemos de alabar en la vieja Institución la tendencia que muestra a mejorar y renovar sus hábitos tradicionales, pues nos tenía acostumbrados a que la inauguración de tales trabajos no tuviese lugar hasta el domingo último de enero, apurando así hasta el extremo último el precepto reglamentario que la obliga a reanudar en este mes sus tareas. Gana, pues, un mes para poder trabajar, y ahora sólo le falta emplear el tiempo del modo útil con que puede hacerlo.

Sobre este punto nos permitimos hacer a los señores académicos una consideración dictada por el indiscutible amor que a la Academia tenemos, y es ésta la de que en la opinión pública se ve, con no poca sorpresa, que son muchos los elementos valiosos de aquella Corporación, que después de haber solicitado con vivas y legítimas instancias su ingreso en la legión selecta de aquel Instituto y teniendo medios más que sobrados para intervenir con lucimiento en las públicas tareas de la Corporación, permanecen, sin embargo, año tras año en una abstención injustificada defraudando las esperanzas que hicieron concebir al capacitárseles para contribuir, del modo eficaz que pueden hacerlo, en este aspecto del progreso científico nacional. Es necesario que los señores académicos numerarios no se limiten a asistir complacientes a la exposición activa de las investigaciones de correspondientes y de personas extrañas nacionales y extranjeras, pues medios tienen sobrados, para contribuir a un trabajo de conjunto en el que todas las capacidades, las actividades y las iniciativas tienen asignado su natural y lógico papel.

Volviendo a la sesión inaugural, diremos que en ella leyó el secretario de actas, doctor Pulido,

que accidentalmente sustituye al secretario perpetuo señor Iglesias, por enfermedad de este ilustre académico, la Memoria anual, que, como hija de su pluma, estaba correcta y brillantemente escrita. Acto seguido ocupó la tribuna el rector de la Universidad de Madrid y académico numerario señor Rodríguez Carracido, dando lectura a la Memoria doctrinal, que por turno este año le correspondía y que tuvo por tema «El reactivo bioquímico». Dado el asunto y el autor, es ocioso que digamos que el trabajo es por todo extremo estimable en su fondo y en su forma, y que el señor Carracido mantuvo pendiente la religiosa atención del auditorio durante el tiempo, que nos pareció brevísimo, de su lectura. Cuando por el pensamiento y la pluma de este hombre ilustre pasan, no hay temas abstrusos, ni cuestiones que no resulten interesantes y deleitosas. Los espontáneos aplausos de que fueron objeto ambos trabajos fueron justo y galardón de su indiscutible mérito.

Es de notar en este año el escaso número de los premios concedidos, a pesar de no haber sido pequeño el programa para su concesión. ¿Responderá esto a que las cantidades ofrecidas no se encuentran en relación con la dificultad de las cuestiones propuestas y de las exigencias actuales que este género de problemas llevan consigo para su resolución? Punto es éste que nos permitimos proponer a la consideración de la Academia, pues valdría más, a nuestro juicio, que se procurara compensar en sólo uno o dos asuntos todo aquello de que se puede disponer como aliciente del concurso, evitando el desmenzamiento de los asuntos con ofertas de recompensa que las exigencias de la vida actual hacen estimar como pequeñas, cuando en la época de su fundación serían suficientes. En otro lugar enumeraremos las recompensas concedidas este año.

—o—

En la *Gaceta* ha aparecido un Real decreto, que calificaríamos de importante si nuestra larga experiencia no nos tuviera acostumbrados a ser recelosos y a no entusiasrnos fácilmente.

Refiérese la Real disposición a conceder en la posesión de la Moncloa terrenos amplios para la construcción de lo que ha de ser *con el tiempo* Facultad de Medicina y Hospital Clínico.

¿Qué hemos de hacer nosotros sino felicitarlos y recibir con alborozo esta determinación de iniciativa, que viene a responder a una aspiración fundada en el estado actual de nuestros establecimientos médico docentes y en el deseo de mejorarlos en términos que los pongan en condiciones de responder al alto y utilísimo fin a que están destinados? Bien venido sea el tal decreto de concesión; pero... ¿cuánto mediará entre él, la aprobación de los proyectos y la concesión de las cantidades para que a efecto se lleven? De lo primero no tenemos exacto conocimiento, aunque sí la natural esperanza de que no se haya ido a la petición de terrenos y de medios sin tener un estudio formal, serio y definitivo de lo que se quiere hacer, y en cuanto a lo segundo, o sea a los medios pecuniarios de realización, ya somos mucho más desconfiados, pues los hechos nos demuestran y el estado actual de la política nos confirma que la labor de las Cortes (y sin ellas nada puede hacerse en el caso actual) es absolutamente nula y baldía; que los presupuestos rigen por autorizaciones inverosímiles durante períodos de cinco y seis años, y que es más que inverosímil que en la situación actual se ocupen los padres y abuelos de la Patria de otra cosa que de demostrarnos sus incompatibilidades personales, sus ambiciones desatentadas y su falta de patriotismo.

Seguramente que en este asunto tendremos que resignarnos, como en tantos otros que afectan a la vida y al progreso nacionales, a alabar esas buenas intenciones, de las que dice el adagio vulgar que se encuentra empedrado el infierno.

DECIO CARLAN

Fiesta simpática

El 6 del corriente, día de los Santos Reyes, tuvo lugar en el Colegio de Huérfanos de Médicos un festival, que, sin solemnidades aparatosas, mereció calificarse de grande y conmovedor. Seguramente que en la memoria de los que a él asistieron durará por mucho tiempo la impresión producida por aquel hermoso acto, al que han contribuido con entusiasta espontaneidad, además del personal adscrito al Colegio, con su director, Sr. Pando y Valle, la Junta

directiva del de Médicos de la provincia de Madrid, con su presidente, el Sr. Sánchez Covisa; los alumnos de la Facultad de Medicina, con las encantadoras señoritas que actualmente cursan sus estudios; la Delegación de los médicos de Sociedades benéficas, presidida por el Sr. Muñoz del Portillo; multitud de doctores, especialistas y prácticos eminentes; en una palabra, el todo Madrid médico, que, sin distinción de incomprensibles e irracionales categorías, se fundió, quizás por vez primera, en una manifestación, más importante por menos esperada, en un acto de caridad y de amistosa benevolencia hacia los hijos de los compañeros definitivamente ausentes de nuestro lado, que seguramente se asociaron, desde la mansión de la Verdad, al tierno espectáculo de protección y de esperanza que sus antiguos compañeros de aulas daban a sus pobres hijos, hasta ahora desvalidos.

¡Qué extraña impresión nos hacía el oír en algunos grupos cómo unos médicos decían a otros: «¿Ves esa niña?, ¿te acuerdas?, es hija de Fulano, el que terminó cuando nosotros; el pobre murió dejando otros tres hijos»!

Quién no sienta estas cosas sencillas, pero hondamente amargas (si, por desgracia suya, existe semejante tipo), ese, aunque tenga el título de médico, ni es médico, ni merece que como a tal se le tenga. ¿Qué sentimientos de caridad podrá tener con sus *clientes* quien no los tiene con sus hijos? Pues tales son los huérfanos de sus condiscípulos. ¿Quién puede creer en la sinceridad de nuestras quejas para con las autoridades, para con la sociedad y para con los mismos compañeros si no viera que nos agrupamos para responder a la necesidad más apremiante, la del remedio del débil desamparado? Dejémonos de consideraciones, que si no están en el corazón de todos, es inútil predicarlas, y digamos algo sobre lo que fué la fiesta.

Desde hacia días venían los maestros, las religiosas y el director del Colegio preparando los detalles del programa. El Sr. Mesonero Romanos, entusiasta filántropo y acertado organizador, ya acreditado como tal por la creación de la Fiesta antituberculosa de la Flor, *en la que tan poco suena su nombre*, se agregó al personal *de la casa*, y fué activo e inteligente intermediario entre éste y la Junta del Colegio de Médicos. En fin, entre unos y otros se organizó la fiesta en el inmediato teatro del Centro Católico de obreros, galantemente cedido por el capellán del mismo, D. Baldomero Sánchez, y la merienda exquisita y espléndida enviada por el Colegio de Médicos y servida por la Casa Molinero, con abundancia—*quizás excesiva*—de fiambres, pasteles, dulces, frutas y bombones.

Desde las tres de la tarde comenzaron a llegar automóviles y coches conduciendo médicos con sus niños y sus esposas, al propio tiempo que algunas madres de los alumnos llegadas para el acto, y que con lágrimas de agradecimiento añadían una nota

de emoción al general alborozo. Algún médico de los más conocidos de Madrid la dió bien intensa al presentarse, recién muerto uno de sus hijos, en compañía de su distinguida esposa, con los brazos llenos de juguetes y depositándolos en manos del doctor Cortezo, diciéndole, mientras se retiraban, en medio de copioso llanto: «Tome usted en nombre de nuestro pobrecito muerto.» ¡Qué alegría habrá sentido en el cielo aquel angelito, que apenas hace quince días era el gozo de sus padres, al ver el acto delicado y tierno de éstos!

El espectáculo se compuso de *a propósitos*, escritos por el capellán del Colegio D. Felipe Urraca, que fueron muy aplaudidos, y en alguno de los cuales no resultaron muy bien parados *los caciques*, en medio de las risas y aplausos de la concurrencia; coros, empezando por el famoso «Himno a la Naturaleza», de Beethoven; gimnasia rítmica, himno a la bandera, (que fué escuchado en pie por la concurrencia), vivas, etc., etc.

Vueltos al inmediato Colegio los numerosos asistentes, se diseminaron por los dormitorios y dependencias, asistieron a la merienda y distribución de juguetes, y se retiraron con el corazón consolado y la boca llena de elogios y bendiciones.

Entre los donativos enviados que en este momento recordamos, y de los que el Patronato dará cumplida relación, están: 1.000 pesetas del doctor Codina y Castellví, en celebridad de su elección como senador por la Real Academia de Medicina; 100 del doctor D. Francisco Huertas, 100 del Colegio de Médicos de Bilbao, 25 del doctor Pérez Valdés, 10 del médico de Pomar (Huesca) Dr. Tello, 580 de la Delegación de Médicos de Sociedades benéficas (destinadas nominalmente a abrir cartillas postales a los alumnos comprendidos en el Cuadro de Honor), y muchos otros anunciados telegráficamente desde Valencia, Alicante y otros puntos. Como este escrito no tiene carácter oficial, no respondemos de las omisiones involuntarias en que podemos incurrir.

El número de juguetes (entre los cuales descolaban los enviados por el doctor Cisneros y por los alumnos de San Carlos) fué verdaderamente excesivo.

Para el año próximo se proponen los estudiantes organizar una cabalgata, que atravesará Madrid con magos auténticos, esclavos, negros y hasta... camellos.

Vean nuestros lectores si teníamos razón al calificar de simpática la fiesta. Pero no sólo de fiestas viven estas instituciones, no descuidemos los sellos, compañeros, y dónde no los haya remítase por giro postal lo que cada uno calcule que le correspondería al año, si los hubiera. Sobre todo, voluntad.

V. P.

Donativos hechos al Colegio del Príncipe de Asturias.

Para huérfanos de Médicos.

En octubre de 1920.

	Pesetas
Excmos. Señores Condes de Gimeno.	200

En Noviembre de 1920.

D. Florestán Aguilar.	100
Presidente de los Colegios Vasco-Navarros.	100
D. Manuel Pardo, presidente del Colegio de Médicos de Guadalajara.	50
D. Antonio Marsella Cano, de Huesca.	25

En diciembre de 1920.

Doctores Castro y otros médicos y farmacéuticos de Fuente Ovejuna (Córdoba).	70
Colegio de Médicos de Zamora.	25
Idem de Orense.	25
Idem de Granada.	100
D. Enriquito y Pepito Botella.	20
Colegio de Médicos de Burgos.	25
Ex presidente del Colegio de Burgos, don Pedro Gómez Casado.	5
Colegio de Médicos de Zaragoza.	25
Señor Canellas, de Alcalá de Henares.	5
Colegio de Médicos de Barcelona.	100
Idem de Palencia.	50
Idem de Cáceres.	25
Idem de Albacete.	50
Idem de Lugo.	40
Idem de Segovia.	25
Idem de Lérida.	50
Médico de Villalbilla (Madrid), don Antonio Canella.	5
Colegio de Médicos de Guadalajara.	25

Del 1 al 10 de enero de 1921.

Doctor don José García del Mazo.	25
Colegio de Médicos de Teruel.	100
Idem de Almería.	50
Idem de Alicante, para pago de transporte de turrón que envió por ferrocarril.	14
Del Colegio de Médicos de Gerona.	25
Doctor Tolosa Latour.	125
D. Julio Yananela, de Logroño.	5
» Gerardo G. del Castillo, de ídem.	5
» Angel Snila, de ídem.	5
» Ramón Cartoviejo, de ídem.	5
» Cayetano Melquizo, de ídem.	5
» Luis Ruiz Mozo, de ídem.	5
» José Mugica, de ídem.	5
» Eustaquio Tutor, de ídem.	5
» Santos Martínez, de ídem.	5
» Emilio Casas, de ídem.	2
» Anastasio Mateo, de ídem.	2

» Isaías Fernández, de Logroño.	3
» Vicente Infante, de ídem.	5
» Alejandro Madurga, de ídem.	5
» Julián Loyola, de ídem.	5
» Víctor M. Lorza, de ídem.	2
» Gerardo Jiménez, de ídem.	2
» Joaquín Martínez, de ídem.	5
» S. Luciso Bistor, de ídem.	5
» Ignacio Granado, de ídem.	5
» Serafin Muszon, de ídem.	5
» Jorge S. Hita, de ídem.	2
Colegio de Médicos de Avila.	50

Total S. E. u O. Pesetas. 1.627

Madrid 10 de enero de 1921.

Las cartillas postales a que nos referimos anteriormente, han sido designadas a:

	Pesetas
Francisca Gutiérrez Caballero.	100
Clotilde Pérez Prieto.	50
Julia Martín Cuesta.	25
Emilia Albarrán Gil.	25
Adoración Rodríguez Prado.	25
Blanca Pérez Ruiz.	20
Guadalupe Pascó Besora.	20
Isaac Gallego.	100
Francisco Sánchez García.	50
Efréu Hermida.	25
Carlos Gómez.	25
Andrés de Villar.	25
Marino Jambrina.	20
Claudio Ramas.	20

Además se sorteará una cartilla de 7 pesetas, resto de la suscripción, entre los 86 niños no premiados.

UN NUEVO SENADOR

Entre los representantes en Cortes pertenecientes a nuestra clase que han resultado elegidos en las últimas elecciones, figura como senador por la provincia de Santander el inspector general de Sanidad, don Manuel Martín Salazar.

Tiene esta elección, a nuestro juicio una, significación especial, que quizás nosotros interpretemos exageradamente, llevados por nuestro constante deseo y nuestra preocupación por encontrar significaciones optimistas a todo lo que se refiere a reformas en la Sanidad pública. Con efecto, siendo el señor Martín Salazar persona que por sus condiciones de hombre culto, orador notable y patriota probado, pudiera haber tenido antes de ahora ocasiones en que tomar parte en luchas políticas, afiliándose a partido determinado con arreglo a sus ideas y aficiones, jamás lo ha hecho, siendo ésta la vez primera

en que aparece como representante del país y con una filiación política. Si esto significa, como nos empeñamos en creer, que el actual Gobierno, deseoso de emprender labor sanitaria legislativa, quiere tener en la Cámara persona compenetrada con tal labor que la apoye con colaboración activa y bien informada, entonces bien venido sea el inspector de Sanidad al Parlamento; si el apoyo que el Gobierno haya podido prestarle es indicio de aceptar lo que tantas veces hemos defendido, esto es, que la jefatura sanitaria debe tener, amén de independencia y autoridad, y voz en las Cortes, nuestro aplauso al ministro que así haya podido pensar; pero si lo que se ha querido hacer es un senador más, sometiendo a los convencionalismos, al uso y a la llamada disciplina de partidos somnolientos y rutinarios, entonces, bien se estaba San Pedro en Roma y Salazar en la Inspección, sin tomarse los disgustos y decepciones que le aguardan.

Basta de burlas

Antes de entrar en el desarrollo de este artículo, le damos las más cordiales gracias al Dr. Cortezo, por haber conseguido del señor ministro de Hacienda una Real orden que señale los trámites que hay que seguir para dar cumplimiento a la segunda disposición adicional, consignada en la ley de Presupuestos, referente a la retención y embargo de las cantidades que nos adeuden los Municipios; pues aun cuando no nos satisface del todo dicha disposición ministerial, sin embargo, nos merece eterna gratitud el Dr. Cortezo, por los desvelos que en la Prensa, en el Parlamento y en la tribuna despliega por los sanitarios municipales en su afán de que mejore nuestra situación moral y económica. Cumplido este deber de agradecimiento, pasamos a comentar dicha Real orden.

Creemos que en la inmensa mayoría de las veces ha de resultar ineficaz, porque cuando nos veamos obligados a recurrir a la Delegación de Hacienda para que decreta la retención y embargo de las cantidades que nos adeuden los Municipios, tropezaremos con la negativa de los secretarios y alcaldes a darnos el certificado correspondiente, sin el cual no podrá entablarse con éxito dicho recurso. Es cierto que la misma Real orden nos indica el camino a seguir en el caso de que tales funcionarios se resistieran a expedir ese certificado, y es el de apelar al gobernador para que les obligue a ello; mas esto nos dará el mismo resultado que si apeláramos al Nuncio, porque sabemos de sobra que los gobernadores, por razones de alta o baja política, no quieren indisponerse con los caciques.

Hace muchísimos años que los gobernantes viven burlándose de nosotros. Aparentando interesarse por

PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).
CULTIVO DESECCADO, EN POLVO, DE BACILOS LAOTICOS
LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34.—Valencia.

nuestra causa, publican multitud de disposiciones ministeriales que en la práctica resultan ineficaces, puesto que dejan siempre a los Municipios algún resquicio por donde puedan burlarlas, algún apoyo al que puedan agarrarse. Para no citar sino las más recientes, recordemos los Reales decretos de los señores Alba, Ruiz Jiménez y Gimeno, que no sirvieron para nada. Es hora de que acaben tales engaños, tales farsas.

Ninguna colectividad ha tenido tanta paciencia como nosotros en esperar el logro de sus reivindicaciones. Año tras año venimos celebrando asambleas, al fin de las cuales pedíamos a los Gobiernos satisficiera nuestras legítimas aspiraciones. Mas todo fué en vano. Hemos gastado inútilmente el tiempo y el dinero. Ni las súplicas ni la intercesión de personas tan respetables como los señores Cortezo, Francos Rodríguez y otras, fueron bastante para decidir a los Gobiernos a que nos sacaran del estado de miseria y esclavitud en que vivimos. No nos queda ahora otro recurso que concluir por donde otras clases sociales emplearon: esto es, la huelga.

No nos conmuevan ni nos hagan desistir de este propósito aquellos que digan que la Medicina es un sacerdocio que implica abnegación, altruismo, sacrificios, etc. Los que nos vienen con tales cantinellas, son los que, como suele decirse, están bien comidos, bien bebidos, bien vestidos, muy respetados, son, en fin, los que tienen bien cubiertas sus necesidades. Si esos se hubieran encontrado en las mismas circunstancias que nosotros, hubieran hecho lo mismo, y quizás no hubieran tardado tanto tiempo en rebelarse contra tal estado de cosas. Después que logremos nuestras aspiraciones, daremos oídos a tales predicciones; pero antes, no, porque *primum vivere, deinde philosophare*.

La huelga no debe plantearse en toda España, sino en la provincia o región que ofrezcan más garantías de éxito, y no levantarla, aunque dure meses y años, hasta que los Gobiernos atiendan nuestras peticiones. No debemos hacer como los compañeros de Jerez y otras poblaciones, que desistieron de ella tan pronto les pagaron los Municipios. Eso es resolver el problema por el momento, pero no para siempre. Mañana tendrán que volver a las andadas para que les paguen y quizás no obtengan el mismo resultado que la primera vez. Tampoco es resolver el problema por entero, sino en una de sus partes. Nuestro problema abarca cinco partes: 1.^a Pago de nuestros haberes por el Estado. 2.^a Inamovilidad en los cargos, lo que quedará garantida si se encomienda la instrucción de los expedientes a un subdelegado de diferente distrito y los resuelve la Junta provincial de Sanidad, contra cuyo fallo puede apelarse ante el Real Consejo del ramo. 3.^a Un sueldo decoroso y en armonía con las necesidades de los tiempos actuales. 4.^a Unificación de los cargos de titular y de inspector municipal de Sanidad. 5.^a Provisión de las plazas de categoría inferior por oposi-

ción y los demás por ascenso y concurso. Como estas cinco cosas son tan justas y tan necesarias para nuestro bienestar, así como también para desempeñar el cargo con dignidad y decencia, no debemos desistir de la huelga hasta que todas sean alcanzadas. O todas o ninguna.

Los titulares de Jerez, en virtud de que contaban con el apoyo decidido de los médicos de su provincia y con las simpatías de todos los de España, no debieron contentarse con que les pagara su Ayuntamiento, sino permanecer firmes en su actitud hasta que los Poderes públicos satisficieran nuestro ideal. Les pasó lo que a ciertos caudillos famosos, que supieron vencer, pero no supieron aprovecharse de la victoria. Si la aprovecharan, es muy posible que a estas horas hubiera terminado nuestro calvario. Sigamos exponiendo la manera de organizar una huelga que dé óptimos frutos.

Los titulares de la provincia o región que se designen para plantear la huelga, serán socorridos por la Junta organizadora de la misma, para lo cual contribuirán los restantes compañeros de España con una cuota mensual que sea lo suficiente para atender las necesidades de aquéllos. Los que no secundaren el movimiento o no pagaren las cuotas, así como los *esquirols*, serán amonestados primero, y después se apelará a los argumentos convincentes y eficaces que emplean algunas clases sociales con los compañeros rebeldes... La huelga, organizada de esta forma, no puede por menos de producir los resultados que deseamos. Es verdad que ha de costar lágrimas y sacrificios; pero también después hemos de disfrutar perennes días de tranquilidad y de ventura.

Ninguna clase social ha tenido tantos motivos para ir a la huelga como nosotros. Los Municipios no nos pagan; nos quitan las plazas sin motivos justificados; nos asignan un sueldo que, si años atrás era mezquino, ahora resulta mucho más, dada la carestía de la vida. Mas no paran ahí las afrentas de los Municipios. Ellos subieron el sueldo a sus empleados y a nosotros ni una peseta. Aún más; si pretendemos subir los honorarios a los clientes, los Municipios se ponen de su lado y nos amenazan con tomar represalias.

Salgamos de una vez de este estado de miseria y de vilipendio en que nos hallamos. Vayamos a la huelga pensando que luchamos por el pan de nuestros hijos, de nuestras esposas, de nuestros padres; así como también por el decoro y dignidad de la clase. Dejémonos de provocar huelgas locales que no producen más que resultados transitorios e incompletos. Reconcentremos nuestros esfuerzos y sacrificios en una que nos dé por resultado la consecución de todas nuestras aspiraciones. Holgar hoy en un pueblo, mañana en otro, y así sucesivamente, y luego vuelta a empezar, es el cuento de nunca acabar e impropio de personas serias. Estas cosas deben hacerse de una vez y para siempre,

CARBOLAN

Polrid'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)

Ayuntamiento de Madrid

pero teniendo mucho cuidado en hacerlas bien.
Ríobarba (Lugo), diciembre de 1920.

QUINTÍN RÚA.

Sociedades Científicas

Real Academia Nacional de Medicina

SESION DEL DIA 12 DE ABRIL DE 1920

La dietética en la fiebre tifoidea.

El Dr. ESPINA, al intervenir en el debate, dice que no es partidario de la dieta láctea exclusivamente, como alimento, y, de ello, dió pruebas evidentes el Dr. Marañón al ocuparse de la dietética en los tifoideos; que estas ideas le recuerdan la práctica que se ha seguido siempre en el Hospital provincial de Madrid por eminentes profesores como Martín de Pedro, Esquerdo, Capdevila y otros; que según las ideas reinantes sobre etiología y patogenia de cada época, así ha ido acomodándose la manera de alimentar a los enfermos de tifoidea.

Confirmando su modo de pensar, el doctor Espina cita un caso de un estudiante de ingeniero, a quien visitaba, cuyo padre tenía un terror verdaderamente tremendo contra el alimento, y tenía que disponer doble cantidad de alimento, porque sabía, que a lo más, darían al enfermo la cuarta parte, pues el padre no dejaba de vigilar la entrada de alimentos. Que a otros enfermos tifoideos ha dispuesto alimentos fluidos, y al finar de su fiebre tifoidea se han encontrado con fuerzas suficientes para recorrer su convalecencia. Cree que la alimentación debe limitarse al periodo inicial, al periodo de estaciones ascendentes y estacionarias, y discutir después para el tercer periodo, y ver si entonces es posible seguir alimentando al compás del termómetro clínico observado por el médico de cabecera, quien podrá juzgar así de la conveniencia de la alimentación y de su suspensión acertadamente.

El Dr. RODRÍGUEZ ABAYTUA dice que la alimentación en la fiebre tifoidea, y en todas las pirexias en general, es una obra terapéutica dietética genuinamente española; sus iniciadores vivieron en el siglo XV, y entre los posteriores hay que citar los nombres de Luis de Toro, Luis Mercado, Juan Carmona, Francisco Pérez; Nicolás Bocanglino, Andrés Piquer, etc.; a quienes cabe la gloria de haber sido los primeros que prostetaron contra la dieta absoluta en las pirexias de curso lento. Añade que la fiebre tifoidea es una enfermedad que tiene como condición de perturbación nutritiva, determinar una emaciación intensa; por lo tanto, nada más racional que ayudar al enfermo con una alimentación adecuada para contrarrestar esta emaciación.

Dice que la exageración de la alimentación con ardimiento defendida por el doctor Marañón, tiene su base de sustentación en la escuela alemana, que con sus métodos experimentales ha difundido ideas equivocadas en la cuantía de la alimentación.

El doctor Abaytua se fija en dos puntos esenciales: la cuestión del pan y la de la leche. Respecto a la primera, el señor Marañón se asombraba de que hubiera médicos que tuviesen miedo de dar pan a los tifoideos, y argüía que esto demostraba una completa ignorancia del proceso digestivo del pan, porque hacía suponer que éstos que tanto lo temían, se imaginaban que el pan iba a obrar, tal como se ingería, sobre las superficies ulceradas del intestino. El tifoideo se sabe que ha perdido por completo la normalidad de las funciones de su aparato digestivo; todas las condiciones que se llaman fisiológicas para que la digestión pueda verificarse, han desaparecido; la simple inspección ocular de la boca y de la lengua del tifoideo, el estado de estupor más o menos acentuado en que se encuentra, y la anorexia total, todo ello indica que falta uno de los agentes principales para que la digestión pueda empezar su fase inicial, y es el agente psíquico, que no debe olvidarse nunca, que constituye un elemento imprescindible para el ejercicio de la función. Y haciendo ingerir al tifoideo el pan, que es, dentro de los alimentos, el que produce un trabajo digestivo de mayor intensidad que ningún otro, resulta que se da una substancia bromatológica de difícil digestibilidad a un órgano que está aniquilado en sus funciones; la digestión de este alimento necesita duplicar, por lo menos, el trabajo funcional, con relación al que exige la digestión de la leche. Explica como se verifica la digestión del pan en el trayecto del yeyuno, en el duodeno en los intestinos delgados, y hallándose aquel en estado húmedo, en estado de engrudo y puede llegar a las superficies ulceradas del ileo y determinar allí, por la prolongación que de su estancia produce la paresia intestinal, reacciones completamente anormales, sobre todo, fermentaciones de carácter láctico, acético y butírico. cuya potencia irritativa en la mucosa no hay por qué comentar; y aun suponiendo que el pan se digiriera perfectamente bien en sus elementos hidrocarbonados y albuminoideos absorbibles, su residuo queda indigerible dentro del intestino delgado, y la celulosa, materia relativamente dura, irremisiblemente tiene que irritarlo, porque precisamente por esa su acción mecánica estimula el peristaltismo intestinal. Todo lo cual cabe, en lo posible, que el pan resulte un alimento de acción tóxica altamente dañina y como de rascamiento para los tifoideos.

El doctor Abaytua al ocuparse de la leche, dice que para que produzca 3.500 calorías es necesario que se administren tres litros diarios. No hay estómago sano, ni estómago enfermo, que pueda digerir tan voluminosa ración de modo impune, ni por largo tiempo. La leche no es alimento completo; lo

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, Laboratorio Pesqui. Prim, 25, * San Sebastián.

es únicamente para el niño en el período de amantamiento; muy pobre en hidrocarbonados y demasiado grasoso para la alimentación de la edad adulta. Explica las cantidades que deben darse cada hora para el completo de tres litros, y no es posible la fácil digestión, por lo que, todo lo más, cabe administrar litro y medio de leche, y esta cantidad sólo representa unas 1.500 calorías y cuando hacen falta 3.000, sin cuya cantidad se cree que se conduce al enfermo a la inanición.

Afirma que es indudable que en la fiebre tifoidea no debe ser el exclusivo alimento y sintetiza su criterio diciendo que la alimentación ha de ser líquida, pues, de ser sólida, se expone a que por el estado de apepsia en que se encuentra el tubo gastrointestinal, el crecido resto de alimento ingerido se constituya en agente mecánico que venga a obrar de una manera tóxica sobre la extensa superficie ulcerada de todo el íleo, por lo que dice que podrá prescribirse a un tifoideo en el día: un plato de papilla de arroz bien cocida; leche, de 500 a 800 gramos; decociones de cereales, una o dos tomas de 150 á 200 gramos o dos tomas de caldo, y azúcar, unos 100 gramos. En conclusión: es de necesidad absolutamente imprescindible alimentar a los tifoideos.

El Dr. CARRO dice que el Sr. Marañón se ha dejado seducir por la lectura de algunas comunicaciones y trabajos, antiguos la mayoría de ellos, en los que se recomienda imponer a los enfermos tifódicos esta dietética amplia, fundándose en la necesidad de dar alimentos al enfermo febricitante sometido a un trabajo intenso de desasimilación, en los cuales era necesario atajar la conmoción rápida que determina el proceso febril, para evitar la convalecencia penosa con toda la secuela de complicaciones que se ven muchas veces en los enfermos tifódicos.

Al hablar de la leche, dice que es un alimento completo, y lo prueba el que se somete meses, y aun años, a personas a dieta láctea y se las encuentra bien nutridas, que no tienen ningún síntoma de decaimiento, y que conoce a un caballero que lleva seis años tomando sólo leche y trabaja normalmente. Que respecto a las calorías, es un concepto convencional para medir el valor energético de los alimentos, lo cual se presta a error; que el doctor Yagüe presentó una comunicación sobre asuntos de bromatología al Congreso de Medicina de 1903 celebrado en Madrid, y hacía un cálculo de la ración correspondiente a los distintos obreros que había observado, y se encontró con que la ración media era de unas 850 calorías por debajo de las que le correspondían, y, sin embargo, estos obreros estaban realizando su trabajo, y lo realizan durante cuarenta, cincuenta años, hasta llegar a la senectud, lo cual demuestra que el concepto de caloría es arbitrario y sólo da un valor aproximado. Que la leche tiene 4 por 100 de albúmina, 4,7 por 100 de hidrocarbonados y 3,50 por 100 de grasas, y que, bien

asimilados, es alimento completo y suficiente.

Respecto al meteorismo de que el Sr. Marañón dice que acompaña a la dieta láctea, le replica que este fenómeno, más que a los alimentos, se debe a una parálisis intestinal tóxica. Muchos enfermos tifódicos, con el régimen de leche van muy estreñidos y presentan precisamente este cuadro de meteorismo; mientras que en otros se presenta la diarrea, que no cede hasta retirar la leche, como ocurre en muchos enfermos del aparato digestivo, no febriles, y estos defectos se corrigen casi siempre dando agua segunda de cal o de cocción de arroz, o bien añadiendo a la leche cierta cantidad de lactosa.

Hace algunas indicaciones sobre la conveniencia del estudio de la coprología en la fiebre tifoidea, del análisis de la orina, de la función del hígado y, sobre todo, el de las heces ventrales que pudieran tener relación con las hemorragias ocultas. Alude a una obra del doctor Rosell, de Barcelona, que tiene estudios hechos sobre los procesos fisiopatológicos intestinales; que en los enfermos con enteritis y en otros enfermos del aparato digestivo, el régimen que produce más putrefacciones y que menos se asimila es el régimen de los hidrocarbonados y de nitrogenados no seleccionados, no sometidos a papilla y purés, y los que mejor se asimilan son los alimentos hidrocarbonados blandos y nitrogenados blandos, que dicho autor llama *protectores de la mucosa intestinal*. Ha demostrado también que en estos enteríticos el coeficiente de absorción de la mucosa intestinal está extraordinariamente rebajado, y deben darse los alimentos en la forma más blanda posible. Y para esto nada mejor que la leche, que exige poco trabajo digestivo. Que en procesos simples colibacilares, con temperaturas de 37,5 o 38°, cuando se alimenta a los enfermos, aumenta la temperatura, y además vomita, por no encontrarse el estómago en condiciones de digerir.

El Dr. HERNÁNDEZ BRIZ está conforme con los hechos principales expresados por el doctor Marañón. Recuerda lo escrito en un tratado de Juan Lobera, de Avila, intitulado *Vergel de Sanidad o Banquete de nobles caballeros*, y en él se ocupa de la dietética, puntualizando cómo se ha de comer, en qué forma se ha de comer y cuál ha de ser el orden de la alimentación y la higiene de ella, no sólo en el estado normal, sino en el patológico. Dice que la dieta láctea se ha usado para evitar infecciones o intoxicaciones intestinales, siendo uno de los peligros más grandes el timpanismo; que en el tercer septenario de la fiebre tifoidea, el aumento de gases en el intestino da lugar a la perforación de las úlceras intestinales, que pasan a la cavidad intestinal, distendiendo el intestino y lo rompen, pasando luego materias sépticas. Su opinión es que la alimentación en la fiebre tifoidea debe ser líquida, pero no líquida exclusivamente láctea, que hay que tener en cuenta las condiciones de la hipertermia y las del sujeto, que lo grave en la paresia intestinal es la infección;

PEÑACASTILLO

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

Ayuntamiento de Madrid

que, asociada a los gases, perforan las úlceras intestinales; que la dieta debe ser mixta en el adulto y casi exclusiva en el niño.

El Dr. HERGUETA, protesta del exclusivismo terapéutico; que en todo hay que tener en cuenta los factores: enfermo, enfermedad y medios para combatir el mal; que al principio de ejercer la medicina, se veían aquellas clásicas fiebres tifoideas, atáxicas; atáxicas puras, unas; adinamías profundas, otras; con fuliginosidades, y esto ha desaparecido desde que la gripe de 1889-1890 ha hecho cambiar radicalmente los síndromes de las enfermedades en general; que la alimentación, precisamente, está sometida a las condiciones del tubo digestivo, y que la digestión en función eminentemente personal que difiere mucho de un sujeto a otro. Por esta protesta del exclusivismo en dietética.

DOCTOR CESALDO

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 714,0; ídem mínima, 709,1; temperatura máxima, 12°5; ídem mínima, 4°7; vientos predominantes, NNE.

Se inicia el descenso de la pequeña epidemia en foco de fiebres tifoideas que señalábamos en nuestros estados anteriores. Los afectos de los órganos respiratorios aparecen con la natural exacerbación estacional, pero con benignidad relativa. La mortalidad no ha alcanzado a las cifras de los últimos años.

En los niños se presentan bronquitis generalizadas, escarlatina e infecciones colibacilares.

Crónicas

Colegio de Médicos de la provincia de Madrid.—La Junta de gobierno de este Colegio de Médicos, pone en conocimiento de sus colegiados que habiendo sido rechazadas las justas peticiones que aprobadas en la Asamblea general de Médicos de Sociedades Benéficas, fueron presentadas a la *Federación de Propietarios de dichas entidades*, los citados compañeros tendrán de parte de este Colegio todo el apoyo moral necesario para el logro de sus reivindicaciones.—Madrid 3 de enero de 1921.—El secretario, F. Coca

Nueva Consulta.—El doctor Huertas y González del Campillo, encargado hace años del servicio de dementes en el Hospital Provincial, ha inaugurado una consulta pública en dicho departamento, los martes, jueves y sábados, de 10 a 11.

Contra el paludismo.—En el pueblo de Talayuela (Cáceres), a Comisión designada para el estudio del paludismo en aquella comarca ha instalado un pabellón Docker, con todo el material de laboratorio y de clínica preciso para la campaña.

Se han examinado en dicho lugar hasta 275 casos, y otros más en los caseríos y dehesas colindantes.

La Comisión ha adquirido 10 kilogramos de quinina en polvo; 50.000 píldoras de quinina, hierro y arsénico; 10 kilos de comprimidos y 300 ampollas de inyectables.

El doctor Landgraf.—Recientemente, y a muy avanzada edad, ha fallecido en Berlín el célebre especialista alemán en enfermedades de la laringe, doctor Guillermo Landgraf, que acompañó, en unión del profesor inglés Fackenzie, a Escocia al Emperador Federico, padre de Guillermo II.

El tifus en Rusia.—Sin comentarios, y sólo a título de información, transcribimos el siguiente parte procedente de Londres:

«Telegrafía de Copenhague al *Daily Telegraph* que, según datos hallados en el diario bolchevique *Izvestia*, durante el mes de noviembre último se hallaban en tratamiento en los hospitales de Rusia soviética, Ucrania y Siberia 3.915.000 enfermos de tifus. (Fabra.)»

La viruela en Guipúzcoa.—En tanto que en los demás puntos de España donde aparecieron focos de esta epidemia disminuye el número de atacados o desaparece totalmente, en la *culta y progresiva* Guipúzcoa sigue el mal haciendo estragos.

Autoridades y particulares se esfuerzan en procurar medios para la extinción de la viruela; pero el pueblo sigue reacio a la vacuna.

Real Academia Nacional de Medicina.—Concesión de premios. Esta Academia ha acordado distinguir con Mención honorífica las Memorias presentadas a concurso sobre tema: «Concepto actual de la neurastenia», cuyos lemas son: «Mens sana in corpore sano» y «Nihil temere affirmandum nihil contemnendum».

Además ha conferido los dos premios Rubio a los doctores don Gonzalo Rodríguez Lafora, por su obra *Los niños mentalmente anormales*, y a don Enrique Suñer y Ordóñez, por su obra *Enfermedad de la infancia*.—Doctrina y Clínica.

De las fiestas de Pascuas.—Entre las fiestas celebradas con motivo de las últimas Navidades, merece mencionarse la que tuvo lugar el día 3 en el Hospital de niños de San José y Santa Adela. Consistió en un tradicional Arbol de Noel.

Asistieron al reparto de los juguetes sus Majestades la reina doña Victoria y doña María Cristina, las damas que forman el Patronato de la Institución y de la Cruz Roja y el personal facultativo que presta sus servicios en aquel centro benéfico.

SULFOBARIUM (marca registrada).—Sulfato de bario purísimo para Radioscopia. Cajita de 130 gr., 2,40 pesetas; de 150, en dos dosis, 3 pesetas; en forma emulsionable en frío; a granel, por kilos. *Unico* preparador en España: DOCTOR GIRAL, catedrático y académico, Atocha; 35, Tel. M. 33, Madrid, farmacia y laboratorio de análisis del doctor Giral.

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.

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización

conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial-Argensola, núm. 4, Madrid.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.—Teléf. J. 923.