

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA	A. GARCÍA TAPIA	S. PASCUAL Y RÍOS
Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. CARDENAL	F. GONZÁLEZ AGUILAR	A. PULIDO MARTÍN
Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	Director-Médico del Instituto Cervantes.	Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
V. CORTEZO	J. GOYANES	P. DEL RÍO HORTEGA
Profesor del Instituto Alfonso XIII.	Cirujano del Hospital General de Madrid.	Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
L. ELIZAGARAY	B. HERNÁNDEZ BRIZ	G. RODRÍGUEZ LAFORA
Médico del Hospital General de Madrid.	Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
A. FERNÁNDEZ	T. HERNÁNDEZ	JOSÉ SANCHIS SANUS
Alumno de Medicina.	Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
M. GAYARRÉ	F. LOPEZ PRIETO	F. TELLO
Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	Ex-Médico-Titular.	Sub-Inspector General de Sanidad
		L. URZUTIA
		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: Los hemoparasitismos y los hemoportadores de gérmenes, por el Dr. Edmundo Escomel.—Encefalitis letárgica y meningitis, por el Dr. D. Eduardo Pizarro.—Estudio anatómico patológico del cáncer cutáneo, por el Dr. José Luis Carrera.—Periódicos médicos.— Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Comisión para el saneamiento de comarcas palúdicas.—El verdugo de Agrigento. Sociedad Ginecológica Española.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Los hemoparasitismos y los hemoportadores de gérmenes.

POR EL
DR. EDMUNDO ESCOMEL
De Arequipa (Perú).

Curva clínica de las fórmulas hemoparasitaria y hemoleucocitaria. — Prueba en cirugía. — Procedimiento rápido y seguro para el examen de los leucocitos y de los parásitos de la sangre.—Alcances del método.

Con el fin de estudiar mejor los leucocitos y los parásitos sanguíneos en algunas infecciones hemáticas, nos hemos servido del procedimiento de eritrolisis, que disolviendo todos los hematíes, dejaba bien visibles, únicamente, a los leucocitos y a los hemoparásitos.

Como éstos se hallan en gran estado de dilución en la sangre, debíamos condensarlos en una agrupación concreta mediante la centrifugación; así, pues, la base del método consiste en hacer una buena tomada de sangre, 1, 2 o más centímetros cúbicos en mezclarla rápidamente con un líquido eritrolizante y en centrifugarla inmediatamente para reunir en el fondo de la bureta un depósito formado

exclusivamente por leucocitos y por parásitos, lo que favorece singularísimamente su estudio y por ende el diagnóstico en muchas parasitemias.

Técnica del método.—Es por demás sencilla. Se toman de una vena, mediante de una jeringuilla de vidrio bien esterilizada, 1, 2 o más centímetros cúbicos de sangre, por simple punción hecha con la jeringa previamente armada de su aguja. Se vierten con alguna rapidez en uno de los tubos de la centrífuga que encierre 15 centímetros cúbicos de la siguiente solución:

Acido acético cristalizable..... 1 gramo.
Agua destilada..... 100 gramos.

como se usa para la numeración de los leucocitos. Con la misma jeringuilla se absorbe e impulsa repetidas veces el líquido acético en el que se acaba de verter la sangre a fin de efectuar una buena y rápida mezcla.

Puede removerse asimismo con una varilla de vidrio a fin de favorecer la eritrolisis.

Se practica en seguida una centrifugación de un minuto; se arroja el líquido que sobrenada, tomándose con una pipeta fina una pequeña cantidad del depósito del fondo del tubo de la centrífuga, el que se halla únicamente compuesto por leucocitos y por parásitos.

Se extiende sobre una o varias láminas en las que espontáneamente se deseca con rapidez.

Sobre la otra parte del depósito que quedó en el tubo centrifugador se vierten 5, 10 o 15 centímetros cúbicos de suero fisiológico, se mezclan bien y se centrifugan una segunda vez, para aprovechar del nuevo depósito de leucocitos o parásitos lavados, es decir, despojados de ácido acético con el fin de hacer nuevas preparaciones.

Sobre esta base de técnica, vienen los detalles de fijación y de coloración adaptables a cada caso particular, siendo de preferir la fijación al calor moderado y la coloración por la tionina fenicada, cuando se trata de estudiar las bacterias de la sangre.

Por este método la eritrolisis se efectúa con suma rapidez y de un modo completo.

Condición indispensable.—Para obtener datos absolutamente seguros, es indispensable emplear un material que, hallándose en estado de gran limpieza, haya sido previamente esterilizado, a fin de no introducir ninguna causa de error.

Fijación y coloración.—Tres grandes motivos llevan al clínico al examen de la sangre en estos casos:

- 1.º El estudio de los leucocitos.
- 2.º El estudio de las bacterias hemáticas.
- 3.º El estudio de los protozoarios hemáticos.

1.º *El estudio de los leucocitos* se practica con el fin de establecer con gran facilidad la fórmula leucocitaria infinitamente más simplificada que en el procedimiento ordinario.

Para ello, o bien se extienda sobre la laminilla el depósito centrifugado o bien se diluye este depósito sistemáticamente en algunas gotas de suero fisiológico. Una vez bien diluido, se hacen preparaciones dejando caer de la pipeta que toma esta dilución una gota sobre cada lámina, cuya gota no se extiende o se extiende, según que uno desee mantener un grado mayor o menor de concentración leucocitaria.

Apenas secas las láminas, se las fija con cuidado al calor o por otro medio y se las colorea, ya sea al azul de Giemsa, al pancromo de Laveran o al líquido de Tribondeau, siguiendo los detalles que se indican en todos los tratados.

2.º *El estudio de las bacterias hemáticas*, se practica tomando simplemente el primer depósito centrifugado, el que se seca y fija al calor. Coloreado a la tionina fenicada, muestra los leucocitos con núcleos violados y las bacterias de color azul intenso.

3.º *El estudio de los protozoarios*, necesita el extender el depósito y dejarlo secar rápidamente, fijándolo ya sea al alcohol absoluto, al alcohol éter o a los vapores de bromo y procediendo a las coloraciones por el Leishmann Giemsa, pancromo de Laveran, líquido de Tribondeau, etc.

Con el fin de completar este último estudio que tanto interesa al parasitólogo, indicaré someramente la técnica de algunas coloraciones panópticas.

Coloración por el Giemsa.—Es preferible la coloración lenta.

Después de fijar la preparación, colocarla en una solución así compuesta:

Agua destilada.....	20 gramos.
Azul de Giemsa.....	20 gotas.

dejar entre diez y veinte horas comprobando de cuando en cuando al microscopio el estado de la coloración.

Coloración por el líquido pancromo de Laveran.—Fijar ligeramente por el calor.

Extender sobre la lámina 20 a 30 gotas de pancromo puro.

Cubrir la lámina con un vidrio de reloj o caja de Petri para evitar la evaporación

Dejar actuar tres minutos.

Invertir la lámina sobre una caja de Petri, en cuyo fondo hay dos varillitas de vidrio con el fin de que la preparación no toque al fondo de esta caja. En este Petri habrá agua destilada neutra en la proporción del 1 por 20; es decir, de 1 centímetro cúbico por cada gota de reactivo empleado.

Agitar suavemente para mezclar el agua con el colorante.

Dejar durante veinte o treinta minutos y en seguida lavar, rápidamente, en mucha agua.

Coloración por el Tribondeau.—Se coloca una pequeña cantidad del depósito centrifugado (una gota o menos) sobre la lámina, se la deja secar y se fija o no suavemente al calor.

Se circunscribe el depósito seco por dos trazos con lápiz graso para que no se difunda el colorante más allá de estos dos trazos.

Se vierten sobre el preparado diez gotas de líquido colorante y se cubren con una caja de Petri durante tres minutos para evitar la evaporación.

Sin mover la lámina se vierten sobre el colorante 10 gotas de agua destilada, se vuelve a recubrir con el Petri y se deja actuar media hora.

Se lava muy rápidamente con gran cantidad de agua.

Deducciones.—Son en especial las coloraciones panópticas las que permiten el establecimiento de las fórmulas leucocitarias, fórmulas que se establecen con más rapidez y en mayor escala que en las obtenidas por las antiguas preparaciones.

En cuanto a los microbios que se observan, pueden hallarse entre otros:

- Los bacilos tíficos y paratíficos.
- Los pneumococos.
- Los estreptococos.
- Los estafilococos.
- Los micrococos melitensis.
- Los meningococos, etc.

Entre los protozoarios figuran en primera línea los Hematozoarios de Laveran, las Leishmanias, los Tripanosomas, los E. pirochaetes, etc., y entre los vermes: la *Filaria sanguinis hominis*.

Este método, de rapidez extraordinaria, pues la primera preparación teñida a la tiónina nos puede dar resultados positivos tanto en las bacterias como en algunas protozohemias, adelanta singularmente el camino de la clínica para establecer en muchos casos un diagnóstico precoz que otros métodos no lo podrían hacer.

Por otra parte, es el precursor, el antecesor de los hemocultivos que tantos servicios prestan hoy para establecer la certidumbre del diagnóstico clínico.

Los hemoportadores de gérmenes.

En los repetidos exámenes que hemos practicado para perfeccionar el método de hemodiagnóstico, nos ha sorprendido el encontrar en muchos casos bacterias que ni siquiera sospechábamos que pudiesen existir, pues los enfermos acusaban dolencias que se hallaban muy distantes de una septicemia o de la septicohemia.

Insisto en afirmar que estas parasitemias no eran debidas a deficiencias en la técnica; pues habíamos tomado toda clase de precauciones para no incurrir en ellas.

Por lo regular hemos visto diplococos unas veces, bacilos otras, cuando el individuo no ofrecía síntomas de hemocultivo microbiano intraorgánico.

Estos enfermos, y ya son muchos los observados por el procedimiento de la eritrolisis seguida de centrifugación, llevaban evidentemente microbios en su sangre, sin que estos seres determinasen manifestaciones clínicas, esperando una ocasión propicia para hacerlo, sea cultivándose en la sangre misma, sea localizándose en alguno de los órganos humanos.

Ocurría en la sangre el mismo hecho que se ha demostrado para varias secreciones, particularmente para las nasobucal, urinaria, intestinal, etc., a quienes se ha denominado *portadores de gérmenes*, confirmándose con nuestras observaciones, que al igual que éstos, existen los *hemoportadores de gérmenes*.

Hechos que hoy tienen explicación.—En muchos casos clínicos, en especial en cirugía, se han observado muchas veces sobrevenir infecciones cuando se habían tomado todas las precauciones de asepsia que la moderna ciencia aconseja. Buscada en el medio externo, la causa no era encontrada; es seguro que se trataba de *homoportadores de gérmenes* en quienes, con un estado de aparente salud perfecta, sea por la acción del *shok* anestésico o sea por la del trauma, aquellos gérmenes que vivían en latencia inofensiva, encontraban debilidad defensiva propicia y campo adecuado para efectuar un cultivo y generar la supuración tan inesperada como inexplicable.

En medicina ocurre cosa semejante. El *hemoportador de gérmenes* sometido a un quebrantamiento físico o psíquico, o reducidas sus defensas por la

acción prolongada o súbita del frío, por ejemplo, deja de defenderse de sus gérmenes latentes y estos, aumentando de virulencia, dan lugar a un cultivo orgánico o general que se manifiesta clínicamente por síntomas morbosos.

Los leucocitos son los primeros vectores que conducen los gérmenes hacia el torrente circulatorio.—Ya en 1903, estudiando en el laboratorio de mi maestro el profesor doctor Letulle, en el Hospital Boucicaud de París, las amígdalas y la úvula en los tuberculosos, llegamos a ver, de la manera más evidente y demostrativa, el acarreo de los bacilos de Koch del fondo de las criptas amigdalinas hacia el torrente circulatorio, englobados por los glóbulos blancos.

En la superficie de las mucosas que están en contacto con el medio exterior existen innumerables y variadas clases de bacterias en constante pugna por atacar al epitelio y destruirlo para penetrar al organismo humano y realizar su obra patológica.

De los vasos del dermis se ven desprenderse leucocitos que atraviesan el epitelio y en mayor o menor abundancia caminan hacia la capa superficial, en donde se les ve en gran número combatiendo con los microbios, ya sea por fagocitosis, ya por secreciones antibacterianas, manteniendo aquel equilibrio de la lucha que constituye la salud.

Mas en esta lucha, hemos visto llegar al dermis leucocitos que en el camino de regreso han sido vencidos por los microbios produciendo la muerte y la disolución de los glóbulos y poniéndose en libertad en los capilares y en el torrente circulatorio.

En esta lucha perpétua, diaria, no interrumpida, penetran también diariamente microbios a la sangre donde unos son destruidos, otros determinan piohemias y otros; por último, viven, como en las secreciones mismas de su origen, en estado latente, sin ofender, haciéndose ver por el método de examen que hemos realizado y convirtiendo a los individuos en *hemoportadores de gérmenes*.

(Continuará)

Encefalitis letárgica y meningitis

POR EL

DR. D. EDUARDO PIZARRO

De Sollana (Valencia)

— o —

Llegué a esta región levantina cuando la discusión sobre encefalitis letárgica estaba en todo su apogeo. Conferencias científicas en la capital, casos clínicos aportados por todos los médicos de la región, etc. Yo, novato en estas *revoluciones médicas*, recopilé cuanto sobre el asunto tenía en mi modesta biblioteca, y aún hice alguna escapada a consultar otras más importantes; y cargado con el bagaje que creí suficiente, me dispuse a esperar pacientemente el primer caso.

que llegase, que no tardaría en encontrar; mas no fué así, pasó bastante tiempo sin ver el cuadro clínico que de unas y otras lecturas me había forjado. Indudablemente tenía mala suerte (!). Por fin, un muchacho, que venía padeciendo algunos días trastornos intestinales con fiebre alta, presenta una tarde estrabismo de un modo intermitente y gran agitacón. A la mañana siguiente me dice la madre que le despierta y se queda al momento dormido.

Ya está aquí, pienso, y me dispongo a explorar; veo que, en efecto, tiene un gran sopor, del que es difícil sacarle; hay ptosis palpebral bilateral, pero ahora no hay estrabismo; cara sin expresión. Ni antes ni en la última noche hubo vómitos: Kernig típico, raya meníngea. El pulso es frecuente y en relación con la temperatura. No hay estreñimiento. El enfermo siguió con esta sintomatología varios días y sin hablar nada. Poco a poco todo fué remitiendo, y hoy está sano y robusto.

El cuadro tan neto que había leído no encajaba exactamente, y yo permanecí indeciso entre la encefalitis letárgica y meningitis. En el parte mensual lo incluí en meningitis; pero después creí se había tratado de una encefalitis letárgica, al ver que los campeones del rigorismo sindrómico iban cediendo y que se describían hasta encefalitis letárgica sino letargia (Berberley y Tucker, «The Journal of American Medical Association», mayo, 1919).

Algún tiempo después tuve otro caso. Una niña de siete años comienza también con trastornos intestinales graves, tanto, que pensé en una tifoidea. Ella sólo se queja del vientre, y en ningún momento de la cabeza. A los tres o cuatro días presenta accesos de gran agitación que obligan a sujetarla; mirada extraviada y tendencia de la cabeza a dirigirla atrás, aunque sin verdadera contractura. Se observa ptosis, reacción pupilar normal, disfagia acentuadísima y afasia, que conservó hasta el final. Kernig poco marcado, raya meningítica positiva, reflejos rotulianos abolidos, no hay Babinski. No ha habido ni vómitos ni estreñimiento. No grita, pero tiene continuamente un ligero quejido. Fiebre alta; pulsaciones pasando de 120. Ruidos cardiacos apagados. La traté al principio con desinfectantes intestinales y luego con urotropina y proteinoterapia (inyecciones intramusculares de leche e intravenosas de peptona). Mejoró algo, pero volvió a agravarse; aparecieron úlceras de decúbito, y falleció. Aquí, ya más receloso en el asunto de la encefalitis, propuse una punción lumbar; pero como la encefalitis aún seguía imperando...; el caso es que no la hice, y es el primer remordimiento de mi vida profesional.

Y por fin tengo en la actualidad un caso, que es el que me ha movido a escribir estas líneas, caso que considero de mucha importancia. Se trata de una niña de seis años que comenzó igualmente por trastornos intestinales con fiebre alta (41°), sin nada de angina ni coriza, y que a los tres días presenta un cuadro que me hizo recordar al momento la anteriormente historizada. La misma agitación, la misma expresión de

cara. Diferencias con ésta: que presenta un estrabismo más marcado, igual que el niño de la primera observación; estrabismo, que, por otra parte, hoy (octavo de enfermedad y quinto de síntomas nerviosos) ha desaparecido. También la contractura de la nuca es más acentuada. El sexto día comenzó con un quejido aspiratorio análogo al anterior. pero nada de grito hidrocefálico. No ha habido vómitos en ningún momento ni estreñimiento; las deposiciones son líquidas. La temperatura sigue elevada. Pulso frecuente (120). No están los miembros inferiores en la posición clásica de la meningitis, pues no sólo cada vez los tiene en postura diferente, sino que los mueve frecuentemente. El sopor alterna con los períodos de agitación.

Kernig se puede decir que no existe, pues sin ningún esfuerzo la madre impide la flexión de las rodillas cuando yo la siento en la cama, si bien es verdad que se flexionan bastante al quitar toda presión. El centro de Brudzinski y el fenómeno de la nuca del mismo autor no los presenta. El reflejo patelar, abolido, y no hay Babinsky. En la Tesis de Triboulet y Goéhet (París, 1902) se describen casos en que ocurrió lo mismo en meningitis cerebroespinales. Oliguria acentuadísima, pues se pasan más de doce horas de una mección a otra, y ésta es escasa. Dicen los padres que habla alguna palabra suelta, aunque con dificultad. Nuevamente se me vienen a la memoria los dos casos anteriores, nuevamente las dudas de diagnóstico y mi tendencia a ver lo sancionado por la experiencia y alejarme de las fantasías, como califica el mismo Juarros muchas pretendidas encefalitis. Desde el primer momento me propuse que no se repitiese el caso anterior. Hice, pues, el mismo día que noté los síntomas nerviosos, una punción lumbar; salió en abundancia un líquido opalino, que envié a analizar, y he aquí lo que, con una rapidez digna de todo encomio, me remitió el eminente catedrático de la Facultad de Valencia, doctor Vila Barberá:

Líquido blanquecino turbio.

Albuminosis positiva.

Leucocitosis polinuclear acentuada.

Existencia de meningococos.

No puedo negar que me produjo gran satisfacción este resultado por no condenarme a la inacción y confirmar mis sospechas, y al mismo tiempo me causó sentimiento el no haberlo hecho desde el primer caso.

Se trata, pues, de una meningitis cerebroespinal epidérmica con un síndrome clínico algo bastardeado, y yo ahora me pregunto: ¿Tantos casos como se han diagnosticado de encefalitis letárgica sin punción lumbar, no habrán sido algunos de meningitis epidérmica? Porque analizando el nuestro se podía haber diagnosticado, por un espíritu modernista, de encefalitis letárgica. Ya hago resaltar, y con intención, muchos síntomas de meningitis que no se han presentado en él, cosa que, por otra parte, ocurre frecuentemente.

Veamos: La rigidez de la nuca, dice Weill, puede pasar desapercibida en la meningitis cerebroespinal, agregando que los vómitos y estreñimiento no son

constantes. Ya hemos citado los casos de Triboulet y Goéhet con reflejos abolidos. Babinski ha visto enfermos de meningitis con reflejos normales. Netter, en 1906, señaló casos que, en vez de contractura, había parálisis. Suñer cita otro, diagnosticado bacteriológicamente, en que no había Kernig. Leger (*L'année médicale de Caen*, 1911) describe otro de meningitis cerebrospinal sin estreñimiento. Creo también muy interesante mencionar la relación de la meningitis epidémica con la gripe. Muchos años antes de la epidemia pasada, Lany decía que gripe y meningitis cerebrospinal se daban muchas veces juntas.

Por otra parte, la diferenciación clínica entre meningitis y encefalitis letárgica no es tan fácil como pudiera creerse, puesto que recientemente Juarros indica que en los casos de encefalitis debe siempre hacerse el diagnóstico diferencial con la meningitis. Netter, en los casos que presentó el 18 de marzo de 1918 en la Sociedad Médica de los Hospitales de París, dió como diagnóstico diferencial con la meningitis que el Kernig, la rigidez de la nuca y la labilidad del pulso son poco acentuados; precisamente lo que yo he visto, y fiándome en este triada, yo hubiera diagnosticado mis tres casos de encefalitis letárgica.

García, en *Plus Ultra*, describe tres historias de esta enfermedad con rigidez de nuca y Kernig, con la particularidad que en un caso hubo una primera punción con líquido normal, y en una segunda encontró un cocobacilo, y se incluye en la encefalitis porque tuvo somnolencia. Spat también menciona casos de la misma enfermedad con rigidez de nuca y Kernig. Hasta el mismo Netter llega a admitir que el líquido cefalorraquídeo puede presentar alteraciones. Luego de aquel cuadro rígido queda poca cosa, y queriendo ver encefalitis, es fácil en muchos casos de meningitis.

Queda, al parecer, la punción lumbar; pero ya hemos visto que se hacen algunas concesiones a la normalidad absoluta del líquido cefalorraquídeo en la encefalitis, y que en muchas ocasiones da resultados inseguros en la meningitis por tabicamientos, etc., y quién sabe si por localizaciones especiales.

Hay otra coincidencia digna de mención, y es la estrecha relación que se ha establecido entre encefalitis letárgica y poliomiélitis, y la ya antigua establecida entre esta última y meningitis cerebrospinal epidémica. Schultze y Rendu encontraron el meningococo en casos de parálisis infantil, y Ánerbach indicó la posible relación de meningitis cerebrospinal y poliomiélitis. Bonaba presentó en la Sociedad de Pediatría de Montevideo una forma meníngea de la enfermedad de Heine-Medin.

He creído oportuno publicar esta observación clínica por la importancia práctica en el momento actual, creyendo que no estamos autorizados en ningún momento a diagnosticar encefalitis letárgica sin punción lumbar. Mucho se ha hecho ya de anatomía patológica en la encefalitis; sin embargo, ¿no podrían ser algunas pretendidas formas de esta enfermedad localizaciones especiales del meningococo?

Estudio anatómico patológico del cáncer cutáneo ⁽¹⁾

POR EL

DOCTOR JOSÉ LUIS CARRERA

«Assistant Research» del Laboratorio de Patología, Universidad de Michigan, 1918-1919.

—O—

Aun dentro del tipo basal cabe distinguir células grandes, semejantes a las de la hilera profunda de la red de Malpigio; otras de tamaño y forma semejantes a la basal, elementos menores—que en algún punto adoptan estructuras arremolinadas—lo mismo que ciertas células que en algo recuerdan al endotelio vascular; Ewing (278) admite dos subvariedades basales, una con los elementos dispuestos en hileras, siguiendo los conductos linfáticos y unidas por grupos transversales, y otra con apariencia de cilindroma, en columnas estrechas separadas por haces hialinos; en el tipo escamoso se ven las características células malpighianas, las grandes vacuoladas y las elegantes volutas de las fusiformes, que pueden confundirse con el sarcoma; en dos casos con metastasis y muy invasores hemos observado elementos de tamaño y afinidad colorante intermedias. Tampoco ofrece mayor regularidad su distribución, que en ciertos cortes no puede llamarse ni nodular ni pavimentosa; han realizado observaciones análogas Brothers y Mc. Carthy (279).

Pero, en cambio, hemos visto con gran constancia el carácter de su tinción; la célula basaliforme es hematoxínófila y la escamosa más ávida de la eosina. Por lo demás distan de ser definitivos los grupos actuales, debido a muchas razones, entre las cuales es muy demostrativa la cita de Körrbl (280), de un cáncer basal extirpado y reproducido en tipo escamoso. Y con ello queremos decir que, aunque, como es natural, siempre son más frecuentes la estructura pavimentosa o la glanduliforme, según la variedad neoplásica, no constituye regla absoluta tal característica.

El concepto de malignidad o benignidad, según la constitución celular, no es definitivo; como dice Hansmann (281), el mismo factor etiológico puede determinar distintas neoplasias y el mismo tumor puede originarse por opuestos factores, y por ello no son separables ambos conceptos, variando con el estado vascular, irritación producida, reacción fibroide e inflamatoria, etc., aunque parece más estacionario el basal y más aún el glanduliforme (rodens), si bien Fordyce ha descrito un cáncer de esta especie en nódulos morrenos de tamaño de un guisante, que forma procesos tubulosos y es sumamente invasor, y Wallace Betty (282) no admite tal diferenciación del *ulcus rodens*; en general, hemos observado que en este tipo invade menos el formado por grandes células no transforma-

(1) Véase el número anterior.

das que el de pequeñas, siendo de mayor malignidad el de elementos fusiformes, y no debiendo referirse para determinar tal grado al mayor o menor aflujo leucocitario y menos exclusivamente a las células plasmáticas, como pretenden Loeb y Sweek (283). Para Apolant (284) influiría la virulencia en la histología tumoral; según Warner (285), la pérdida de las estructuras normales y la infiltración neoplásica dependen de la capacidad proliferativa, cohesión y resistencia del tejido peritumoral, y por ello podría pasarse experimentalmente de una o otra variedad, creyendo Hansemann que sin transición cambia el carcinoma su célula benigna en maligna; realmente, conforme a nuestra colección patológica, no debe marcarse un criterio absoluto, pues, como indica Hartzell (286) idénticos elementos pueden engendrar tumores de las dos agrupaciones, a pesar de la clasificación puramente especulativa de Barber (287); Adamson (288) separa por su benignidad el *ulcus rodens* del resto de los epitelomas.

El cáncer de piel (y sobre todo el labial) es más frecuente en el hombre; acaso ello sea debido a que actúan más a menudo los agentes irritantes y a una mayor actividad de los elementos de glándulas y folículos, que puede conducir a una proliferación anormal, lo que parece comprobarse al ser superior el número de casos de epiteloma del cuero cabelludo en la mujer, más expuesto a la irritación por ser de difícil limpieza.

Proporcionalmente a su frecuencia, son más los cánceres espinosos en el hombre y los basales en la mujer. Con relación a la edad, corresponde el máximo de cincuenta a setenta años, con un 65 por 100 en el sexo masculino y 46 por 100 en el femenino, con arreglo a los datos de nuestra estadística.

No hemos podido observar ningún caso entre la gente de color; la escasez en las razas oscuras ha sido señalada por Hansemann (289), en las colonias germanas; Levine (290), entre los indios americanos, y Schuffnner (291), en los aborígenes de Sumatra, y probablemente será debida a que la melanina protege los elementos del corion, de la irritación fotoquímica de la luz solar.

Para nuestro trabajo hemos examinado 309 casos de cáncer escamoso y 90 basales, siendo la proporcionalidad en las más frecuentes localizaciones.

	Escamoso.	Basal.
Labio (109 casos).....	95 por 100.	5 por 100 *
Frente (10).....	70 —	30 —
Oreja (13).....	70 —	30 —
Orbita (7).....	71 —	29 —
Mandíbula (48).....	96 —	4 —
Nariz (27).....	38 —	62 —
Párpado (23).....	35 —	65 —
Resto de la cara (75)....	47 —	53 —
Mano (11).....	100 —	0 —
Dedos (8).....	100 —	0 —
Pene (7).....	100 —	0 —

(*) Beuven (292) asigna 37 basales por 100.

Sobre cicatrices tenemos seis observaciones, y de *ulcus rodens*, 11; de ellas dos en la espalda; la totalidad de nuestra estadística ofrece un 77 por 100 de tipo escamoso para un 23 por 100 de basales.

CONCLUSIONES

1.^a El estado actual de los conocimientos histopatológicos del cáncer cutáneo no se compaginan con el empleo del término «Dermatosis precancerosas».

2.^a La irritación local sobre una piel predispuesta determinaría el neoplasma; en casos excepcionales pudiera pensarse en un influjo nervioso.

3.^a La constitución corial en las pieles senil y pericancerosa supone débil barrera al crecimiento neoplásico.

4.^a Las condiciones vasculares y en general celulares de todo género que preceden al carcinoma no son las mismas en las diversas lesiones en que éste puede desarrollarse.

5.^a La seborrea constituye terreno propicio al cáncer.

6.^a En el epiteloma labial el punto de partida reside en la piel en el 75 por 100 de los casos.

7.^a El tipo escamoso cabe proceda del cuerpo de Malpigio o de los anexos; del basal son orígenes posibles los restos embrionarios adyacentes a las glándulas sebáceas, los del corion y aun los que acaso existan en la basal misma.

8.^a La célula basal engendra todo epiteloma; si funciona como la germinal normal, la neoplasia escamosa, y la basal, si actúa atípicamente en las capas profundas del corion.

9.^a Los globos córneos, por la colocación de la basal, pueden tener dos modalidades de desarrollo: centrípeta y centrífuga.

10. Son mucho más frecuentes las lesiones de arterioesclerosis en la variedad basal que en la escamosa.

11. Constituyen importantes defensas orgánicas antineoplásicas la regeneración y neoformación de tejido en el corion y la infiltración inflamatoria.

12. Para la evitación de posibles metástasis ha de prescindirse por completo de las biopsias parciales.

13. Son muy relativos la diferenciación de los tipos epiteliomatosos y el concepto de su malignidad.

14. La nomenclatura y clasificación actuales del cáncer cutáneo no son ni exactas ni precisas, por lo que convendría proceder a su revisión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—Darier. «Rapp. au Congr. Intern. de Dermatol. de Berlín», pág. 331.
- 2.—Kabtla. «Boston Med. and Surg. Journ», 1918 pág. 482.
- 3.—Dubreuhl. «Ann. de Derm. et de S.», 1896, página 1.158.
- 4.—Darier. «Precis de Dermatologie», 1909.
- 5.—Fordyce. «New York Med. Journ», 1900, y Actas del Congreso de Londres de 1913».

- 6.—Schamberg. «Journ. of Cut. Dis.», 1910, página 644.
- 7.—Engmann. «Journ. of Labor. and Clin. Med. 1915 and 1916», pág. 31.
- 8.—Sutton. «Journ. Amer. Med. Assoc.», 1915, página 403.
- 9.—Waelsh. «Arch. f. Derm. und Syph.», 1905, página 1.
- 10.—Jacobaens. «Virchows Arch.», 1904, pág. 124.
- 11.—Aschoff. «Aschoff's Allgemeine Pathol.»
- 12.—Montgomery, «J. Am. Med. Ass.», 1913, pág. 7.
- 13.—Azúa. «Actas Dermo-Sifiliográficas» (citado en el Arch. f. D. und S.)
- 14.—Bowen. «Journ. of Cutan. Dis.», 1915, pág. 787.
- 15.—Idem id. id., 1918, pág. 241.
- 16.—Darier. «Ann. de Derm. et de S.», 1914, página 449.
- 17.—Heimann. «Journ. of Cancer Research», 1916.
- 18.—Idem. «Journ. of Exper. Medic.», 1915, página 348.
- 19.—Hazen. «Journ. Am. Med. Ass.», 1915, Mars.
- 20.—Wolkman. «Samml. Klin. Vortr. Chir.», 1889, núm. 102.
- 21.—Tryb. «Dermat. Wochens.», 1915, núm. 24.
- 22.—Orth. «Zeitsch. f. Krebsf.», 10.
- 23.—Rohdenburg. «N. Y. Med. Journ.», 1916, 29 January.
- 24.—Hansemann. «Zeits. f. Krebsf. 7», 1908.
- 25.—Hauser. «Ziegler's», 1903.
- 26.—Marchand. «Deutsch. M. Woch.», 1902, página 38.
- 27.—Börst. «Verhand. der Deutsch. Patg. Gesells.», 1894, pág. 7.
- 28.—Hansemann. «Berl. Kl. W.», 1905.
- 29.—Virchow. «Virchow's, 162 y Zeits. f. Kr., 5.»
- 30.—Jamagiwa. «Hist. u. Pathol. des Magenkarz», 1905, Tokio; «Nioshima Igaku», vol. III.
- 31.—Idem. «Journal of Canc. Research», 1918, número 1.
- 32.—Fisher. «Münch. M. W.», 1906, pág. 241.
- 33.—Staber. Idem, 1910, pág. 39.
- 34.—Stahr. «Münch. M. W.», 1907, pág. 1.178.
- 35.—Jores. Idem, 1917, pág. 879.
- 36.—Griescher. «Z. f. Krebsf.», 1912, pág. 113.
- 37.—Schamberg. «J. of Cut. Diss.», 1910, pág. 644.
- 38.—Davis. «J. Am. M. Ass.», 1914, pág. 1.716.
- 39.—Sachs. «Arch. f. D. und S.», 1913, pág. 555.
- 40.—Haxthausen. «Hospitälst.», 1916, pág. 1.018.
- 41.—Idem. «Proc. Soc. Path., Philadelphia», 1917, pág. 22.
- 42.—Walker. «Zeitsch. J. Physiol. Chemistry», 1912, pág. 388.
- 43.—Wolkmann. «Berl. K. W.», 1874, pág. 218.
- 44.—Tillmans. «Deutsch. Zeitch. f. Chir.», 1850, página 519.
- 45.—Schnudart. «Samml. Kl. Vort. Wolkmann's», 1855, pág. 257.
- 46.—Cazin. «Des origines et des modes de transm. du cancer», 1894.
- 47.—Bayon. «The Lancet», 1912, pág. 1.579.
- 48.—Borrell. «Compt. Rend. Soc. Biol.», 1908, página 406.
- 49.—Smith. «Phytopathology», 1911, pág. 750.
- 50.—Febiger. «Berl. K. W.», 1913, pág. 289.
- 51.—Gross. «Arch. f. D. u. S.», 1914, pág. 36.
- 52.—Hartzell. «J. of C. D.», 1900, pág. 485.
- 53.—Adamson. «The Lancet», 1914, pág. 816.
- 54.—Idem. «British J. of Derm.», 1917, pág. 81.
- 55.—Foy. «Surg. G. and Obst. February», 1917.
- 56.—Brunch. «The Lancet», 1914, pág. 315.
- 57.—Levine. «J. of Lab. and Cl. Med.», 1915, número 1.
- 58.—Adami. «Jacobi Fetschrift», 1900.
- 59.—Weidenfeld. «M. Med. W.», 1913, pág. 2.558.
- 60.—Unna. «M. Record.», 1916, núm. 5.
- 61.—Rockey. «Surg. Gynec. and Obst.», 1916, página 174.
- 62.—Dubreihe. «Ann. de D. et S.», 1907, pág. 387.
- 63.—Montgomery. «J. of C. D.», 1903, pág. 82.
- 64.—Lanteborn. «Z. f. Krebsf.», 1915, pág. 173.
- 65.—Pick. «Zeits. f. Krebsf.», 1915, pág. 173.
- 66.—Blumenthal. «Cáncer», 1914, pág. 91.
- 67.—Müller. «Z. f. Kl. Med.», 1889.
- 68.—Noorden. «Handb. f. Phys. and Path. d. Stoffwechsel», segunda edición.
- 69.—Saxl. Wien M. W.», 1913, pág. 1.730.
- 70.—Fordyce. «J. A. M. A.», 1910, pág. 1.624.
- 71.—Blumenthal. «Cáncer», 1914, pág. 91.
- 72.—Menton. «J. of Cancer Research.», 1917, página 179.
- 73.—Freund. «Cancer», 1914, pág. 41, y «Berl. K. W.», 1912, pág. 151.
- 74.—Brauenstein. «B. K. W.», 1911, pág. 2.029.
- 75.—Meidner. «Z. f. Kr.», 1911, pág. 11.
- 76.—Pedoja. «Corr. Plat. f. Schweitzer Aerzte», 1912, 48, pág. 1.257.
- 77.—Lubarsch. «Verh. d. D. Ges.», 1908, 12, página 32.
- 78.—Bristol. «M. Record.», 1916, pág. 5.
- 79.—Theilhaber. «W. Kl. W.», 1914, pág. 206.
- 80.—Idem. «Med. Klin.», 1913, pág. 1.806.
- 81.—Wyss. «Deutsch. Z. f. Chem.», 1908, pág. 2.
- 82.—Schwalbe. «Allgem. Pathol.»
- 83.—Jores. «The comm. dissases», 1914, pág. 287.
- 84.—Schamberg. «J. A. M. A.», 1915, pág. 275.
- 85.—Schweitzer. Idem, 1917, pág. 179.
- 86.—Wairs. «Beitr. f. Kl. Chir.», 1900, pág. 567.
- 87.—Rössle. «Münch. M. W.», 1904, pág. 1.336.
- 88.—Neumann. «A. f. D. u. S.», 1913, pág. 316.
- 89.—Retterer. «C. R. Soc. Biol.», 1916.
- 90.—Freund. «J. of Med. Res.», 1916, pág. 455.
- 91.—Hartzell. «J. of C. D.», 1905, pág. 393.
- 92.—Perthes. «Arch. f. Kl. Chir.», 74, pág. 412.
- 93.—Rethi. «Stalenterapie», 1914, pág. 52.
- 94.—Smith. «J. Canc. Res.», 1917, pág. 137.
- 95.—Tryb. «Derm. Woch.», 1915, núm. 24, y «Grisne Derm. W.», 1915, núm. 4.
- 96.—Theilhaber. «Z. f. Krebsf.», 1916, pág. 465.

- 97.—D'Utra e Silva. «Soc. Brasileira de Derm.», 29-V-1914.
- 98.—Heidingsfeld. «Ann of Am. M. Ass.», 1916, página 499.
- 99.—Fordyce. «J. of C. D.», 1914, pág. 446.
- 100.—Chambers. «Annals of Surgery», 1916, November.
- 101.—Neve. «Brit. Med. Journ.», 1910, pág. 589.
- 102.—Hertzell. «J. of C. D.», 1903, pág. 393.
- 103.—Sequeira. «Br. J. of Derm.», 1908, pág. 40.
- 104.—Bargnes. «Ann. de D. et de S.», 1910, páginas 3-27.
- 105.—Silberstein. «Arch. f. D. u. S.», 1901, pág. 193, y 1915, pág. 653.
- 106.—Bavogli. «Urol. and Cut. Red.», 1915, pág. 20.
- 107.—Miyahara. «Frank. Zeitsch. Path.», 1912, número 2.
- 108.—Mendes da Costa. «Fersteh. a d. Geb. Röntgenstrahlen», 1906, pág. 251.
- 109.—Bargnes. «Ann. de D. et S.», 1910, pág. 3.
- 110.—Walker. «Edimburg Med. Journ.», 1911, página 295.
- 111.—Kembachief. «Innaug. Dis. Freiburg.», 1873.
- 112.—Bidault. «Thèse de Lille», 1886.
- 113.—Fordyce. «J. Med. Sc.», 1900.
- 114.—Bayhes. «Beitr. z. Kl. Chir.», 1888.
- 115.—Nithack. «In. Dis. Marbourg.», 1887.
- 116.—Steinhauser. «B. z. Kl. Chem.», 1894, pág. 503.
- 117.—Eckermann. «W. Kl. W.», 1908, pág. 11.
- 118.—Colnen. «B. K. W.», 1909, pág. 292.
- 119.—Spiegler. «Arch. f. D. u. S.», 1915, pág. 653.
- 120.—Silberstein. «A. f. D. u. S.», 1915, pág. 653.
- 121.—Pantrier. «Bull. Soc. Fr. de D. et S.», 24, número 8.
- 122.—Little. «Proc. Royal Soc. of Med.», London, 1918, Febr.
- 123.—Stelwagon. «J. of C. D.», 1917, pág. 105.
- 124.—Bloodgood. «Progressive Medicine», 1907, Dec.
- 125.—Pringle. «Br. J. of Derm.», 1912, pág. 1.
- 126.—Reismeyer. «St. Louis Cour.», 1886.
- 127.—Dyer. «Texas Med. Journ.», 1892 y 1893, página 178.
- 128.—Taylor. «Liverpool Med. J.», 1891, pág. 225.
- 129.—Wyss. «B. z. Kl. Chir.», 1906, pág. 185.
- 130.—Sutton. «J. A. M. A.», 1917, pág. 2.171.
- 131.—Smith. «The Lancet», 1913, pág. 210.
- 132.—Weindenfeld. «A. f. D. u. S.», 1912, pág. 467.
- 133.—Wile. «J. of Cut. D.», 1912, pág. 192.
- 134.—Fordyce. Idem, 1914, pág. 446.
- 135.—Ziegler. «Lehrb. der Spez. Path.», 1906, página 545.
- 136.—Bosellini. «Giorn. della Malat. V. e della P.», 1915, pág. 561.
- 137.—Stelwagon. «Dis. of the Skin», 1905, pág. 953.
- 138.—Schwalbee. «Dol. Gesch. der Hautdrüsen», 1914.
- 139.—Hartzell. «J. of C. D.», 1903, pág. 313.
- 140.—Dalons. «Jour des Mal. Ven. et Syph.», 1906, pág. 1.
- 141.—Darier. «B. z. Kl. Chir.», 1906, pág. 185.
- 142.—Paget. «Ziehler Verh. D. Path. Ges.», 1914.
- 143.—Dietrich. «Verh. D. P. G.», 1914.
- 144.—Kreibich. «A. f. D. u. S.», 1915, pág. 313.
- 145.—Waldeyer. «B. z. Anat. u. Emb.», 1882.
- 146.—Reinke. «Arch. f. mikrosk. Anat.», 198-XXX.
- 147.—Zander. «Arch. f. Anat. u. Phys.», 1888, página 51.
- 148.—Zabludowsky. «Mitt. d. Embr. Inst. W.», 1880, pág. 1.
- 149.—Cajal. «Monatsh. f. prakt. Derm.», 1897, XXIV, pág. 3.
- 150.—Unna. Idem id.
- 151.—Meirowsky. Citado en la Histología de Jordán y Ferguson.
- 152.—Adami. Text. book ou Pathology.
- 153.—Unna. «Histopath.», pág. 273.
- 154.—Civatte. «Dermatologie Prat. de Brocq.», 1907.
- 155.—Audry. «Prat. Dermat.», pág. 283.
- 156.—Montgomery. «J. A. M. A.», 1915, pág. 403.
- 157.—Fick. «Histopathol.»,
- 158.—Heimann. «J. of C. D.», 1916, pág. 216.
- 159.—Ritman. «A. f. D. u. S.», 1910, pág. 125.
- 160.—Cajal. «Anatomía patológica», pág. 152.
- 161.—Landau. «Dis. Koe-nisberg», 1912; «Path. Inst. Henke».
- 162.—Walker. «Br. J. of Derm.», 1893, pág. 286.
- 163.—Kicker. «Die Geschwübs. Hautdrüsen», 1914.
- 164.—Ludwick. «Arch. f. Kl. Chir. XXX».
- 165.—Handford. «Illustr. Med. News.», 1888, página 293.
- 166.—Hedinger. «Corresp. f. Schweiz. Aertz.», 1917, Set. 27.
- 167.—Fordyce, «J. A. M. A.», 1910, pág. 1.624.
- 168.—Fox. «London Path. Soc. Transac.», 1899, página 360.
- 169.—Langster. «Br. J. of Derm.», 1882, pág. 777.
- 170.—Morrow. «Morrow s Syst. v. III, Dermat.», página 655.
- 171.—Mallory. «J. Am. M. A.», 1910, pág. 55.
- 172.—Idem. «Histol. Pathol.», pág. 371.
- 173.—Reynolds. «Boston Med. a. Surg. Journ. Aug.», 1918.
- 174.—Krompecher. «Z. f. Krebsf.», 1905, pág. 208.
- 175.—Borrmann. Idem, 1914, Band II.
- 176.—Jamagiwa. «J. Exper. Med.», 1918, núm. 1.
- 177.—Jarisch. «Derm. Wochen.», 1914, pág. 875.
- 178.—Hartzell. «J. of C. D.», 1910, pág. 146.
- 179.—Fischer. «M. M. W.», 1906, pág. 53.
- 180.—Warner. «B. z. kl. Chir.», 1906, pág. 185.
- 181.—Wolbach. «Fifth rap. of Cancer Com. of Harvard», pág. 189.
- 182.—Ribbert. «Forsch. aut den Geb. der Röntgentachle», 1915, núm. 5.
- 183.—White. «Am. J. of Surg.», 1907, pág. 649.
- 184.—Romstrée. «Arch. Middlex. Hospitalst.», 1909, pág. 192.
- 185.—Arzt. «Arch. f. D. u. S.», 1913, pág. 465.
- 186.—Engmann. «J. of C. D.», 1910, pág. 275.

- 186.—(b) Wyss. «Bert. z. Kl. Chir.», 1908, pág. 185.
- 187.—Lindeborn, Idem, 1908, pág. 389.
- 188.—Schurmann. «Arch. f. Kl. Chir.», 1907, página 855.
- 189.—Colnen. «B. Kl. W.», 1909, pág. 292.
- 190.—Carrera. «El sistema vascular en el epiteloma cutáneo». Comunicación al primer Congreso Nacional de Medicina. Madrid, Abril de 1919.
- 191.—Warner. «Surgery, Gynecology and Obstetrics», 1916, pág. 413.
- 192.—Wolbach. «F. rap. of Cancer Com. of Harvard», pág. 189.
- 193.—Loeb. «J. A. M. A.», 1916, Sept.
- 194.—Theilhaber. «Surg. G. a. Obst.», 1914, página 650.
- 195.—Fordyce. «N. Y. Dermatol. Soc.», 23 Oct. 1917.
- 196.—Hazen. «J. A. M. A.», 1915, pág. 959.
- 197.—Ravogli. «Urol. and Cut. Rev.», Oct. 1917.
- 198.—Pianese. «Tumori», diciembre 1917.
- 199.—Walker. «Zeitsch. f. ph. Chem.», 1912, página 383.
- 200.—Ludin. «J. of Lab. a. Cl. Med.», 1915, pág. 662.
- 201.—Roberts. «Proc. Soc. Exp. Biol.», 1913, página 140.
- 202.—Fano u. Murphy. «Z. f. Inmunit. u. Exp. Ther.», 1910, v. V.
- 203.—Murphy. «J. Exp. Med.», 1914, pág. 397.
- 204, 205 y 206.—Idem. id., 1915, 1917 y 1918.
- 207.—Loeb. «Science», 1895, y «J. Med. Res.», XXXV, pág. 229.
- 208.—Mc. Donagh. «A. f. D. u. S.», 1914, pág. 289.
- 209.—Lubarsch. «Aschoff's Path. Anat.», 1913.
- 210.—Cajal. «Boletín del Colegio Médico», Madrid, 1896. enero.
- 211.—Goldmann. «Brüns Beitrage», Bd. XII, 1911.
- 212.—Murphy. «J. of Lab. and Cl. Med.», 1916, página 538.
- 213.—Maximow. «Ziegler's», Suplem. núm. 5, 1902.
- 214.—Faver. «Monatsh. f. pr. Derm.», 1909, página 305.
- 215.—Unna. «Histopathol.»
- 216.—Maximow. «Centr. f. Path.», 1903, pág. 87.
- 217.—Schridde. «Anatom.», 1905, pág. 968; «M. M. W.», 1905, números 26, 29 y 31, y 1906, número 4.
- 218.—Unna. «Bioch. der Haut», 1913.
- 219.—Kanthack. «J. of Physiology», 1894, pág. 81.
- 220.—Hardy. Idem, 1898, pág. 359.
- 221.—Hardy. «Philadelphia Trans. R. S.», 1894, página 279.
- 222.—Wesbrock. «J. of Phys.», 1895, pág. 490.
- 223.—Ehrlich. «The Hist. of the Blood. Transl.», Cambridge, 1900.
- 224.—Arnold. «Zentr. f. Path.», Bd. 24, 1913.
- 225.—Trybs. «Folia Hämatol.», Bd. 16, H. 2.
- 226.—Virchow.
- 227.—Arnold. «Arch. f. mikr. Anat.», 1887, pág. 205.
- 228.—Reinke. Ziegler's Beit., 1899, pag. 439.
- 229.—Ziegler. «Path. Anat.»,
- 230.—Unna. «Histopath. der Hautkr.»,
- 231.—Cajal. «Anatomía Patológica».
- 232.—Ewing. «Medical Record», 1914, pág. 451.
- 233.—Ranvier. «C. R. Acad. Sc.», 1889, pág. 165.
- 234.—Unna. «Monatsh. f. prakt. Derm.», 1891, página 295.
- 235 y 236.—Unna. «B. Kl. W.», 1892, pág. 1.294, y 1893.
- 237.—Lubbarsch. «Aschoff's Path. Anat.», Ed. 3, 1913, pág. 550.
- 238.—Unna. «Virchow's Arch. Bd.», CCXIV, h. 2, u. 3.
- 239.—Marchand. «Centralb. f. Allg. Path.», 1913, página 385.
- 240.—Scridde. «Anatom. H.», 1905, pág. 198.
- 241.—Beckton. «J. of Pathol.», 1909, pág. 185.
- 242.—Pryteck. «A. f. D. u. S.», 1914, pág. 812.
- 243.—Martinotti. «Giorn. della Mal. Ven. e della P.», 1910, fasc. IV y V.
- 244.—Nicholson. «J. of Pat. and Bact.», 1917, página 287.
- 245.—Cajal, «Anat. Patológica», pág. 299.
- 246.—Borst. «Die Lehre von d. Geschwülste», Wiesbaden, 1902.
- 247.—Krompecher. «Ziegler's», 28, 1910.
- 248.—Idem, «Z. f. Krebsf.», 1905, Bd. III.
- 249.—Delbanco. «Mon. f. pr. Derm.», 1905. Bd. XL.
- 250.—Körl. «Arch. f. kl. Chir.», B1. XLVII, H. 3.
- 251.—Clairmont. Idem, 1907, Bd. LXXXIV.
- 252.—Rons. «J. sf Exp. Med.», 1913, pág. 444.
- 253.—Ribbert. «Das Karz. des Mench.», Bonn, 1911.
- 254.—Ribbert. Arch. f. Entwickl. der Organ. Bd. XVIII, 1904.
- 255.—Petersen. «Beitr. x. kl. Chir.», 32, pág. 548.
- 256.—Hazen. «J. A. M. A.», 1916, pág. 1.968.
- 257.—Ketrón. «J. of Cut. Dis. January», 1919, página 22.
- 258.—Hazen. «Canc. of. Skin.», 1916.
- 259.—Borrmann. «Z. f. Krebsfirsch.», núm. 2, 1904.
- 260.—Reines. «Ziegler's», 1906, Bd. XXXIX.
- 261.—Petersen. «B. z. kl. Ch.», Bd. XXXII.
- 262.—Veit. «Deutsch Centr. Chir.», 1908, B1. XCIV.
- 263.—Anitschow. «Zentr. f. Allg. Path. u. Path. Anat.», 1909, Bd. XX.
- 264.—Kyrle. «Dermat. Zeit.», 1910, Bd. XX,
- 265.—Idem. «A. f. D. u. S.», 1915, pág. 24.
- 266.—Mc. Douagh. «Br. J. of Derm.», 1912, página 291.
- 267 y 268.—Idem, «Derm. W.», 1914, pág. 412, y «Br. J. of Derm.», 1912, pág. 292.
- 269.—Sequeira. «Br. J. of Derm.», 1913, pág. 172.
- 270.—Hazen. «J. A. M. A.», 1916, pág. 1.918.
- 271 y 272.—Colnen. «A. f. Kl. Ch.», 1906, Bd. LXXXVIII, y «Ber. ü. d. in d. Polikl. der König. Univers. Klin. behand. Geschw.», 1903, Bd. 73.
- 273.—Adami. «General Path.», 1908, pág. 735.
- 274.—Kyrle. «Dermatol. Zeitsch.», Bd. XX, 4-8.
- 275.—Idem. Idem, 1-10.

- 276.—Carrera. «Lupus y cáncer cutáneo». Comun. al Prim. Congr. Nac. de Med., 1919, Madrid, abril.
- 277.—Broder. «J. A. M. A.», 1919, pág. 856.
- 278.—Ewing. «Neoplast. Diseases», 1919, pág. 808, Philadelphia.
- 279.—Brothers y Mc. Carthy. «Surg. G. and Obst. August.», 1918, pág. 141.
- 280.—Körrbl. «Arch. f. kl. Ch.», Bd. XCVII, h. 3.
- 281.—Hansemann. «D. M. W.», 1914, pág. 1.753.
- 282.—Wallace Betty. «Proc. Roy. Ac. Ireland», 1917.
- 283.—Loeb and Sweck. «J. Med. Res.», 1913, 28, página 235.
- 284.—Apolant. «Verh. d. D. Pr. Ges.», 1908, pág. 3.
- 285.—Warner. «Z. f. Krebsf.», 1907, pág. 92.
- 286.—Hartzell. «J. of C. D.», 1915, pág. 614.
- 287.—Barber. «J. A. M. A.», 1915, pág. 1.790.
- 288.—Adamson. «The Lancet», 1914, pág. 810.
- 289.—Hansemann, «Z. f. Krebsf.», 1914, pág. 59.
- 290.—Levine. Idem, 1910, pág. 478.
- 291.—Schuffner. «Arch. f. S. u. Tropenhyg», 1913, pág. 121.
- 292.—Beuven. «J. A. M. A.», 1916, núm. 2.

Periódicos médicos

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Eficacia de la iontoforesis en las enfermedades de los ojos, por el doctor G. Erlanger.—Para el empleo práctico de la iontoforesis en el ojo se necesita una batería de unos treinta elementos, un miliamperímetro muy sensible que debe estar colocado fuera de la batería para poderle observar mejor y un regulador; el autor emplea una resistencia de platino, y advierte haberle sido muy útil el juego de electrodos que proporciona R. Wurach, de Berlín. Los electrodos destinados a la córnea constan de un receptáculo de celuloide, que se atornilla a un mango conductor; en este receptáculo se coloca una torunda de algodón empapada en el medicamento que se va a emplear. Una barrita metálica que existe en el interior del recipiente sirve para que el algodón adquiera la forma conveniente para adaptarse a la córnea. El ojo se anestesia, bien por medio de una solución de cocaína al 5 por 100, de la que se instalan gotas cada dos o tres minutos. Cuando se han instalado cuatro o cinco, la anestesia es suficiente para permitir la aplicación de electrodo, incluso a la persona más nerviosa. Mediante una gota de homatropina, se impide la excitación del iris por la corriente. El enfermo se sienta en un sillón cómodo, se le aplica un electrodo en la nuca y apoya la cabeza en una almohada. Con la mano izquierda se separan los párpados y con la derecha se aplica el electrodo, recomendando al enfermo que cie-

rrer ligeramente los ojos. Basta una presión ligera sobre la córnea para mantener el globo fijo en su posición. A una voz de mando, un ayudante (y cuando se tiene práctica lo puede hacer uno mismo) establece la corriente; suelen bastar doce elementos, y va abriendo el regulador hasta que se llega a la intensidad deseada. Una vez conseguida, se mantiene el tiempo que se desea y luego se vuelve a cerrar el regulador hasta volverle a cero. El autor ha realizado la iontoforesis mediante zinc-ion y mediante cloro-yodo-ion. Para la primera, emplea una solución de sulfato de cinc al 5 por 1.000, y se empalma el electrodo corneal con el polo positivo; la cloroyodoiontoforesis se realiza mediante una solución en la que entran el cloruro sódico al 1 por 100, y el cloruro potásico al 5 por 1.000. El electrodo corneal se pone entonces en conexión con el polo negativo. El tamaño del electrodo corneal estará en relación con la extensión de córnea que se quiera interesar. La intensidad de la corriente no debe pasar de dos miliamperios y su duración de dos minutos; esto cuando se emplea el electrodo grande, y de un miliamperio durante dos minutos o dos miliamperios durante un minuto cuando se emplea el electrodo pequeño. Después de la sesión se aplica un apósito con pomada a base de cocaína y ácido bórico, que se deja puesto seis a ocho horas, y, excepcionalmente, toda la noche. Antes de la zinciontoforesis, que suele ser muy dolorosa, conviene administrar aspirina, cocaína o adalina. La cloro-yodoiontoforesis no suele producir trastorno alguno. El autor ha empleado la iontoforesis para el tratamiento de las queratitis, especialmente de la marginal, de las infiltraciones catarrales, de las úlceras de la córnea y, sobre todo, para el tratamiento de las opacidades corneales. Para el tratamiento de la queratitis marginal, solía bastar una sesión de zinciontoforesis con un miliamperio y uno a dos minutos. También da buen resultado en las úlceras catarrales marginales. En todos los casos de úlceras catarrales llama la atención la rápida regresión de la excitación y la reabsorción de los infiltrados, así como la cicatrización blanda. El tratamiento de la úlcera serpiginosa, con la iontoforesis da excelentes resultados, porque ya en los primeros días del mismo se consigue detener la evolución en el 100 por 100 de los casos, al paso que con la optochina sólo en un 67 por 100 de los casos se consigue. En casos de úlcera con hipopion, ha empleado el autor la iontoforesis dos veces. El resultado no ha sido muy notable; pero en ambos casos había, desde un principio, complicaciones que entorpecían la acción de los iones; en el primero, un flemón orbitario; en el segundo, una cicatriz consecutiva a una úlcera serpiginosa que había existido un año antes. Para que la iontoforesis obtenga buen resultado en la úlcera serpiginosa, es preciso emplearla muy pronto. La iontoforesis da resultados admirables en el tratamiento de la inflamación eczematosa de la córnea, y, sobre todo, en la clarificación de las manchas de la córnea. Para este último fin se emplea la cloroiontoforesis, dando sesiones diarias o cada dos días. El trata-

miento en este caso debe comenzarse inmediatamente despues de terminada la evolución de la enfermedad, que da lugar a que se produzca la opacidad y requiere gran paciencia y constancia por parte del enfermo y del médico; pero el hecho evidente es que en todos los casos las manchas se aclaran y las cicatrices sufren un verdadero proceso de reabsorción. Naturalmente que no llega nunca a obtenerse la transparencia completa, pero si se alcanzan mejorías tan notables como la de conseguir que un enfermo, que apenas percibía los movimientos de la mano a un metro de distancia, llegue a tener una visión de 3/10 al cabo de cuatro meses, con 21 sesiones de cloroiontoforesis. (Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1 de octubre de 1920).

PEDIATRÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. A propósito de la vacunación precoz de los recién nacidos, por L. Camus.—Actualmente existe gran tendencia a vacunar precozmente a los recién nacidos; pero, según Camus, resulta del examen de los hechos experimentales y de las estadísticas que los inconvenientes de practicar la vacunación antes de los tres meses, son bastantes numerosos; que antes de esta edad son raros los éxitos de la vacuna, y que los niños menores de tres meses no tienen nada que temer por no contraer nunca la viruela.

Parece ser que los niños al nacer tienen un cierto grado de inmunidad para muchas enfermedades infecciosas, por lo cual se eligirá para ellos entre las vacunas frescas las que tengan un mayor grado de actividad. (Bull. de l'Académie de Medecine, núm. 28, 20 julio de 1920.)—E. Luengo

2. Los vómitos en los niños, por G. Duchesne.—Los vómitos infantiles pueden clasificarse en:

1.º Vómitos de indigestión, provocados por infracciones de régimen, por una alimentación desproporcionada con la capacidad digestiva del niño o por alimmentos alterados.

2.º Vómitos debidos a la acrofia, que se establece por la deplorable práctica de las tetinas de goma.

3.º Vómitos debidos a una afección gastrointestinal, dispepsia, gastroenteritis, cólera infantil etc.

4.º Vómitos del comienzo de las fiebres eruptivas, sarampión, escarlatina, viruela, varicela.

5.º Vómitos de la fiebre tifoidea de la meningitis, de las encefalopatías, de las afecciones broncopulmonares y de la coqueluche.

6.º Vómitos por intolerancia de la leche o de orden anafiláctico; y

7.º Vómitos esenciales, característico de la enfermedad de los vómitos habituales de Marfan y determinados, sea por la sobrealimentación, sea por la hipotonía gástrica, sea por el éxtasis gástrico.

Es necesario, por tanto, establecer bien el diagnóstico de la clase de vómito para dirigir el tratamiento a

la causa (afección general, fiebre eruptiva) y al efecto, vómito. Para el de este último, la indicación primordial consiste en dejar el estómago en el más completo reposo, prescribiendo la dieta hídrica absoluta, empleando preferentemente un agua alcalina carbogaseosa; porque cualquiera que sea la causa del vómito, es la regla que cuando se produce, todas las secreciones gastrointestinales son exageradamente ácidas. La dieta hídrica se continuará por una alimentación prudente con caldo de legumbres, y antes de cada vez que se administre alimento, se dispondrá una cucharada de café de una solución de citrato de sosa al 2 por 100. Al mismo tiempo se aplicarán al epigastrio compresas húmedas calientes o cataplasmas de harina de linaza, o una vejiga de hielo. Ulteriormente se puede ordenar la tintura de belladona (dos a cinco gotas, según la edad) o la solución de sulfato de atropina al milésimo (dos a ocho gotas en dosis fraccionadas). Si se trata de una intolerancia anafiláctica para la leche, se empleará el método de Besredka, de la gota a gota, pudiendo ensayarse las inyecciones subcutáneas de leche. En la segunda infancia conviene administrar los siguientes papeles:

Bicarbonato de sosa	0,25 gramos.
Creta preparada,	0,20 —
Hidrato de magnesia	0,15 —

para un papel. Se darán tres o cuatro al día, en un poco de agua alcalina. (Le Concours Medical, núm. 30, 25 julio 1920.)—E. Luengo.

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Las epíforas de origen auricular, por A. Pognat.—La epífora se debe a la obstrucción del canal nasolacrimal, consecutiva a una afección nasal, o a acciones reflejas, las cuales son más frecuentes de lo que se cree, y cuyo punto de partida es muy variado, no estando localizado solamente en las fosas nasales, sino también en el conducto auditivo externo, en el tímpano y hasta en la caja; por tanto, puede aparecer la epífora cuando tiene lugar una irritación en las terminaciones sensitivas de la segunda y tercera rama del trigémino y en las del plexo timpánico.

Pognat publica una observación clínica de epífora persistente de origen auricular; hasta ahora la única publicada; se trataba de un lagrimeo del ojo izquierdo de un año de fecha, que ocurría cuando el oído del lado correspondiente se obstruía por la formación de un tapón de cerumen, según el enfermo; una vez que se desobstruía el conducto, disminuía el lagrimeo y desaparecía, el enfermo presentaba una placa anular de dermatitis eczematosa, que era la causa determinante de la epífora.

Acerca del trayecto seguido por el reflejo aurículo-lacrimal es preciso recordar que se considera generalmente al facial como el nervio secretor de la glándula lacrimal; el arco reflejo sería el siguiente: la excita-

ción que parte del meato auditivo externo, innervado por el nervio del mismo nombre, sería transmitida por la tercera rama al ganglio de Gasser; de allí al trigémino; seguiría una vía central, aún desconocida, llegando al núcleo del facial; después al ganglio geniculado, seguiría el nervio petroso superficial mayor, la raíz sensitiva del ganglio esfenopalatino; finalmente continuaría por la segunda rama del trigémino, cuyo nervio zigomático se anastomosa con el nervio lacrimal.

Si se admite con algunos que el trigémino es el nervio secretor de la glándula lacrimal, el trayecto sería más sencillo, puesto que la irritación recibida por un nervio de la tercera rama y transmitida por él al ganglio de Gasser, llegaría a la glándula por la primera rama del trigémino. (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, núm. 13, 15 julio 1920.)-E. Luengo.

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

Ruptura uterina a término después de administrar extracto pituitario, complicada con desprendimiento prematuro de la placenta.

La doctora Alice F. Maxwell, después de estudiar las diversas modalidades y mecanismos de esta grave complicación, refiere el siguiente caso:

Mrs. E. C., múltipara, de cuarenta y cuatro años, de cinco pies, siete pulgadas (1,63 m.) de estatura, cuyo abdomen a término no era péndulo y cuya pelvis era normal, había tenido siete partos espontáneos entre uno y tres meses, y ocho embarazos a término. Nunca había sido raspada ni se le había aplicado ningún otro procedimiento ginecológico. Su sexto parto terminó por una operación con fórceps, por indicaciones fetales. El feto pesaba 11 libras (5 kg.). El séptimo parto terminó espontáneamente en diez horas, pesando el niño nueve libras (4 kg.). En este caso, lo que nos interesa es el octavo embarazo a término. Cuando la paciente se hallaba a término, tuvo una hemorragia súbita sin dolor. No pudo persuadirse a que ingresara en el hospital y rehusó presentarse para más exámenes y no se la vió de nuevo sino dos semanas después a media noche cuando ingresó en el hospital. Había estado sangrando ligeramente por una semana antes de ingresar y perdido unos 200 centímetros cúbicos de sangre algunas horas antes de llegar al hospital. La exploración reveló un abdomen blando, posición occípito-anterior izquierda con una cabeza flotante. El cuello no estaba dilatado y no había señales de hemorragia. El útero era irritable y estaba contraído irregularmente. Una hora después de admitirla, las membranas se rompieron espontáneamente. Cinco horas después comenzó a sentir dolores débiles. No se percibió el corazón del feto en ningún momento durante el parto. A las nueve de la mañana, el cuello estaba completamente dilatado; la cabeza estaba bien fija. A causa del buen estado de la madre y

la falta de sonidos cardíacos del feto y la desaparición de todas las señales de hemorragia, no existía indicación para el parto artificial. Se le administró intramuscularmente un tercio de centímetro cúbico de extracto pituitario (pituitrina, B. W. & Co.), y los dolores que habían sido irregulares se volvieron más frecuentes y fuertes. Por hora y media el progreso de la cabeza fue lento, pero constante, y entonces los dolores se volvieron muy débiles y raros. El estado de la paciente en este momento era bueno. Con la cabeza al nivel de las espaldas, se administró de nuevo un tercio de centímetro cúbico de extracto pituitario. Las contracciones comenzaron inmediatamente; pero no eran tónicas, y, sin embargo, en algunos minutos la paciente se quejó de falta de aire, pasó a un shock extremado y murió a los pocos minutos después de administrarse el medicamento.

En la autopsia, al abrirse el abdomen se encontró mucha sangre libre en la pelvis. Había habido una hemorragia retroperitoneal que comenzó en el ligamento ancho derecho extendiéndose a lo largo de la columna vertebral hacia la región lumbar. El fondo del útero estaba intacto; pero todo el segmento uterino inferior a la derecha de la línea media posterior estaba tan aplastado que sólo quedaba el peritoneo y podía verse el cuerpo del niño a través de esta capa. Aquí se encontraron dos rupturas en forma de incisiones del peritoneo de unos 4 centímetros de largo.

Al abrirse el útero, se encontró la placenta unida al fondo; pero se había separado en un área de 5 centímetros de diámetro. Este estado explicaba la hemorragia durante el parto. Existía una ruptura incompleta del lado derecho, extendiéndose al ligamento ancho a través de los vasos uterinos. El niño se hallaba en la posición occípito-anterior izquierda, pesaba diez libras (4,8 kg.) y las palmas de las manos y plantas de los pies revelaban los comienzos de la maceración.

El examen microscópico reveló una infección típica del miometrio por células sanguíneas en el sitio de la ruptura; pero sin degeneraciones de la musculatura uterina en la región de la placenta o en otra parte.

Comentario.

No había causas que predispusieran a la ruptura, es decir, ningunas cicatrices de procedimientos operativos anteriores, o sepsis, o parto prolongado, habiendo transcurrido menos de seis horas desde el primer dolor hasta el momento de la ruptura. Antes de la autopsia, se había sugerido que el desprendimiento prematuro de la placenta podría haber provocado un debilitamiento de las paredes uterinas por una infiltración hemorrágica difusa de las fibras musculares; pero esto no se confirmó en la autopsia o en el examen microscópico subsecuente. Además, el sitio de la ruptura del segmento inferior se hallaba distante del sitio placentario, a saber, del fondo. El extracto pituitario empleado de modo conservador se administró con indicaciones bien establecidas y a dosis dentro de los lí-

mites juzgados no peligrosos; pero con resultados desastrosos.

Creo que estas comunicaciones deben servir para poner de relieve que:

1. Es peligroso el empleo general del extracto hipofisiario en el parto, en particular a las dosis administradas ordinariamente, a saber, en ampollas de 1 centímetro cúbico.

2. Aún al emplearse para las indicaciones más estrictas y en dosis pequeñas, pueden sobrevenir complicaciones tan rápidamente que no pueden combatirse ni aún en los hospitales más bien equipados.—(*The Journal A. M. A.* 1-6-920, Edición Española).

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Tratamiento de la intoxicación aguda por la morfina, por el doctor L. Brauer.

—Esta intoxicación engendra rápidamente una parálisis del centro respiratorio. El cuadro clínico se caracteriza porque media a una hora después de empezar la intoxicación; se presenta un atontamiento que va aumentando hasta llegar al coma. Al principio suelen aparecer vómitos, y dada la disminución de la excitabilidad, refleja de la mucosa respiratoria fenómenos de aspiración. Si la dosis ha sido muy grande, la respiración se va modificando, porque primero es más lenta y profunda, luego irregular, interrumpida y a veces de tipo de Cheyne-Stokes, y por último, acaba por hacerse superficial y paralizarse, debiéndose la muerte a esta parálisis. La circulación sólo sufre alteraciones de escasa importancia, que, además, son secundarias.

Estos enfermos padecen intoxicación morfinica, pero fallecen a consecuencia de intoxicación secundaria por el óxido de carbono. Evitando ésta se habrá evitado el más importante de los factores que amenazan la vida en la referida intoxicación.

En las intoxicaciones (sobre todo en las ligeras, porque en las graves el enfermo no se suele encontrar en condiciones de poderle someter a estas prácticas) lo primero que hace falta es eliminar la mayor cantidad posible de tóxico, para lo cual se hará lavado gástrico, ya que, según se sabe, durante todo el tiempo que dura la intoxicación, se está eliminando morfina por el estómago, sea cual fuere la vía de administración. Se puede emplear agua pura, pero es mejor usar una solución de permanganato potásico al 0,5 por 1.000 con el fin de oxidar la morfina y privarla de su toxicidad. La adición de tanino no ha dado resultado. Más útil es el carbón animal, que se combina con la morfina por absorción. Los vomitivos no se deben ensayar; por una parte, el centro emético responde poco en esta intoxicación; por otra parte, el peligro de la aspiración los hace temibles. Ya al hacer el lavado gástrico hay que tener grandes precauciones para evitar este peligro.

En las intoxicaciones ligeras son muy útiles los pur-

gantes de acción rápida, verbi gracia: los calomelanos y los purgantes salinos. En intoxicaciones graves no se puede esperar a que estos remedios desarrollen su acción. Además de eliminar la parte de tóxico que se encuentra en el tubo digestivo, conviene eliminar el que ya ha sido absorbido, para lo cual se hace una sangría y se pone una inyección intravenosa de uno a dos litros de solución salina fisiológica. A esta inyección sigue un abundante flujo urinario; y después de mucha discusión, se ha averiguado de modo terminante que la morfina se elimina por la orina. Como antídotos se emplean la atropina, el alcanfor y la cafeína. Estos dos últimos farmacos están indicados, porque excitan el sistema nervioso central, y además se oponen a la paresia vasomotora que suele acompañar a la intoxicación grave por la morfina. La atropina, que se considera como el más poderoso de los excitantes químicos del centro respiratorio, obra como antídoto de las dosis terapéuticas de la morfina, pero no cuando la dosis de la última ha sido excesiva, y no tendría nada de particular que un centro respiratorio propenso a la parálisis por la intoxicación morfinica, acabase de paralizarse ante una dosis de atropina.

Desde luego hay que rechazar la costumbre de administrar, sin más, la dosis máxima tolerable de atropina y repetirla si el estado de la respiración no mejorase. Si se emplea, debe ser en los casos de mediana intensidad y con suma prudencia. Desde luego hay que combatir las alteraciones respiratorias y la intoxicación por el CO_2 .

En el comienzo de la intoxicación y en los casos no muy graves es conveniente la excitación indirecta del centro respiratorio mediante flagelaciones con toalla húmeda, cosquilleo de la pituitaria, o dando a oler amoníaco. Si con estos medios se consigue que la respiración se haga profunda y un tanto regular, se persistirá en ellos, vigilando constantemente al enfermo para repetirlos o proceder a otros más enérgicos en caso de que la respiración se vuelva a hacer superficial. La respiración artificial en los casos más graves es útil, pero hay que hacerla de un modo continuado durante muchas horas, a veces dos días y con gran serie de precauciones para evitar la aspiración de moco y sustancias alimenticias.

Para estos casos de gravedad extraordinaria ha ideado el autor un método, que consiste en practicar la traqueotomía, introducir por la cánula un cateter blando de caucho (que no ocupe por completo la luz de la cánula) y hacer llegar a la tráquea por medio de él una corriente de oxígeno que se habrá hecho pasar antes por un filtro de aire. Para graduar la corriente de oxígeno se introduce previamente el extremo del cateter en una cápsula con agua y se abre la llave del recipiente del oxígeno hasta que se formen rápidamente burbujas gruesas de gas, sin que el líquido sea proyectado fuera con violencia. Antes de aplicar el cateter se limpia la tráquea mediante tiras de gasa o mediante una bomba aspirante del moco y cuerpos extraños que pudiera contener. Además, introduciendo el

cateter hasta que llegue al contacto con la bifurcación de los bronquios, se provoca una tos que barre los bronquios. Con este procedimiento son innecesarios los movimientos respiratorios artificiales, y bien por difusión, bien porque ante este excitante reaparecen muchas veces los movimientos respiratorios naturales, la sangre se oxigena bien y se desprende del anhídrido carbónico que la embarga.

Parece paradójico que al suprimirse el acumulo de CO_2 y administrarse abundante cantidad de O_2 , reaparezcan y se hagan profundos los movimientos respiratorios, pero se puede explicar este fenómeno de la siguiente manera: La excitación para los movimientos respiratorios procede del centro respiratorio; pero este centro no tiene a los músculos correspondientes bajo su inmediata dependencia, sino por intermedio de varios núcleos motores de la medula. El acumulo de CO_2 no excita en estos casos el centro respiratorio como en circunstancias normales, porque la excitabilidad de dicho centro se encuentra disminuida por la intoxicación morfinica; la deficiencia de oxígeno no disminuye la excitabilidad del núcleo respiratorio, pero sí la de los referidos núcleos motores espinales, de modo que entre la intoxicación morfinica y la paresia de los núcleos motores, la actividad del centro respiratorio se encuentra reducidísima. De esta manera se explica que, al proveerse al organismo de suficiente cantidad de oxígeno, aumente la excitabilidad del centro respiratorio. (*Die Therapie der Gegenwart*, enero de 1921.)

2. El tratamiento de la coqueluche por el éter, por J. Andrain.—Desde hace bastante tiempo emplea el autor el éter para el tratamiento de la coqueluche con un éxito completo; sin embargo, existen casos publicados por otros autores en que falló el medicamento; esto se debe probablemente a errores de diagnóstico, porque en los casos de adenoiditis o congestiones adenoideas, el éter no causa los efectos tan preciosos que en la coqueluche.

Para hacer el diagnóstico diferencial hay que fundarse en el estado anterior de la nariz; coriza frecuente o permanente, respiración nasal difícil, boca abierta, granulaciones o vegetaciones adenoideas, crisis coqueluchoides anteriores; tal es el síntoma de los adenoideos. Por el contrario, en la coqueluche sola la nariz está congestionada; pero antes del principio de la enfermedad no existe ningún trastorno habitual.

El diagnóstico es, sin embargo, difícil, porque la coqueluche sobreviene con frecuencia en un adenoideo; en este caso, las tres primeras inyecciones de éter producen una mejoría evidente, pero no una curación; ésta sólo se conseguirá por el tratamiento del estado linfoide y del estado tóxico general. La coqueluche verdadera, única, desaparece después de la tercera inyección, exigiendo raramente la cuarta. La eficacia del éter es contra el elemento infeccioso. La técnica es sencilla; las inyecciones deben ser intramusculares, y se practican en la región pósterior superior de la nalga, guiándose por la cresta ilíaca más bien que por el

trocánter mayor. Basta un centímetro cúbico hasta la edad de siete u ocho meses; después Andrain emplea la dosis de dos centímetros cúbicos cada dos días, la cual no ha sobrepasado jamás. (*Soc. Méd. des Hospitiaux de Paris*, núm. 21; 17 junio 1920.)

3. La quinina en el tratamiento de las hemoptisis, por J. E. Strobel.—Entre las diversas causas a que se atribuye el síntoma hemoptisis, el autor estima, como más aceptable, la infección concomitante, y ha practicado la siguiente experiencia: Inyectó a 54 conejos $1\frac{1}{2}$ c. c. de esputo hemoptoico fresco, procedente de otros tantos enfermos y en diversas estaciones del año. De ellos, en 51 se desarrolló una neumonía lobar y una septicemia pneumocócica; en dos, un absceso tuberculoso localizado, y en uno, un absceso abdominal, del que se obtuvo un cultivo puro de streptobhrix. Estos conejos se acompañaban de otros testigos, que recibían la misma inyección; pero a los cuales se les administraba previamente un grano (0,06 centigramos) de sulfato de quinina por vía intravenosa. Estos testigos se sacrificaron a los dos o tres meses, estando libres su sangre y los órganos de tubérculo y neumonía diplocócica. En vista de estos resultados, Strobel administra dosis de unos 30 centigramos cada cuatro horas, durante una semana, a los enfermos con historia de hemoptisis, o que expulsan sangre en el esputo. A los enfermos con hemorragia actual administra la misma dosis; pero con intervalos más cortos. Los resultados han sido completamente satisfactorios. (*Medical Record*, núm. 2.598, 21 agosto 1920).—*E. Luengo*.

4. Una terapéutica feliz de las blenorragias crónicas en clientela, por Ed. Soubirou.—El tratamiento de la blenorragia crónica estriba en estas tres condiciones: 1.^a, es preciso vaciar de las criptas glándulas y fondos de saco, los focos microbianos; 2.^a, destruir el gonococo, agente principal, y las asociaciones polimicrobianas; 3.^a, evitar el aumento de la esclerosis, primera fase de la estrechez. Estas condiciones se cumplen con la técnica siguiente: inyecciones diarias de 8 c. c. de iodeol, y mientras el enfermo, por simple presión del meato urinario, conserva el líquido inyectado, se practica el masaje prostático, seguido de presiones de la uretra entre el pulgar y el índice y en sentido pósterior. Hacia la quinta o sexta inyección se administran seis cápsulas de santal por día hasta la curación, terminando el tratamiento por dos grandes lavados con una solución de subacetato de plomo al 1 por 100. En 100 casos, ha obtenido el autor 85 curaciones y 15 recidivas con gota sin gonococo, que cedieron a dos o tres lavados con subacetato de plomo. El tratamiento no ha durado en ningún caso más de 25 días y es absolutamente indoloro. El masaje vacía el utrículo prostático, y la presión uretral exprime el contenido de los canales glandulares; la inyección masiva de iodo distiende el canal, desplegándole y facilitando la penetración del iodo coloidal muy difusible, indoloro, no irrita el epitelio y es en alto grado diafiláctico y bacteriódromo; tal vez es también catalítico para las toxinas microbianas. El santal, empleado paralelamente al iodo coloidal, acelera la curación, pareciendo acrecentar la actividad microbiana de este último. En cuanto al subacetato de plomo, es un astrigante de primer orden; antiséptico que seca perfectamente el exudado seroso o gonocócico y favorece la reconstitución de un epitelio joven, revistiendo el canal de una verdadera película protectora.—(*Gaz. Hebdom. des Sc. Méd. de Bordeaux*, núm. 28, 11 julio 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

Sesión solemne.—Real orden definitiva.

El sábado 19, a las siete de la noche, se efectuó en la Real Academia Nacional de Medicina un acto, de que conservarán agradable memoria todos cuantos a él concurrieron. Repleto el salón por distinguido y animado público, compuesto de académicos en mayor proporción que la acostumbra, por notabilidades médicas, jóvenes estudiosos y numerosas damas, apareció en el estrado el presidente de la Corporación, conduciendo al conferenciante, doctor Chutro, profesor de clínica quirúrgica de Buenos Aires. El público rompió en un espontáneo aplauso y el académico Sr. Decref leyó unas cuartillas de presentación, dibujando en ellas la personalidad científica y humanitaria del doctor Chutro, y refiriéndose con encomio a las conferencias que en días anteriores había dado en la Facultad de Medicina y en la Academia de Sanidad Militar el referido profesor. Acto seguido expuso éste el tema de su conferencia, que fué el de "Ptosis renal y sus complicaciones", dando a su discurso un tono ecléctico de sentido práctico quirúrgico y biológico teórico que mantuvo encantada la atención de los oyentes. Como hemos de publicar este trabajo, que fué taquigráficamente transcrito, nos limitamos a decir que el público premió con unánime ovación la obra de estudio y de artística exposición del Sr. Chutro.

El presidente de la Academia dió a seguida las gracias al orador en encomiásticas frases, entregándole a nombre de la Corporación el título de correspondiente de la misma e invitando al señor Francos Rodríguez, allí presente, a que expresara sus impresiones acerca del estado de las relaciones científicas entre la República Argentina y España, de que él acababa de darse buena cuenta. Así lo hizo el ilustre exministro de Instrucción pública y compañero nuestro, en un breve y correcto discurso, que fué también premiado con clamorosos aplausos.

Pocas veces hemos asistido en la Real Academia de Medicina a un espectáculo tan alentador y fervoroso. Quien con imparcialidad considere lo allí

ocurrido comprenderá bien y se sentirá alentado por la compenetración del espíritu ideal de nuestra raza, cualesquiera que sean los países en que se encuentre diseminada.

—o—

De definitiva hemos calificado una Real orden recientemente publicada, y es ella la que inserta la *Gaceta* del 23 de los corrientes con la firma del ministro de la Gobernación, Sr. Bugallal. Nuestra actitud respecto a este señor, a pesar de la antigua y entusiasta amistad que con él nos liga, venía siendo de recelosa expectación al observar la parsimonia con que acudía a la resolución de problemas urgentes y trascendentales referentes a la Sanidad pública y al ejercicio de las profesiones médicas.

Este alejamiento aparente tenía sin duda su explicación en la absorbente atención que los pleitos electorales, las complicaciones sociales y las cuestiones políticas exigían del señor ministro, pues cuando su ánimo se ha encontrado con algún alivio entre estas apremiantes circunstancias ha manifestado que se hallaba en la misma favorable disposición en que estuvo cuando, como ministro de Hacienda, aceptó el artículo de la ley de Presupuestos, que facilita y garantiza el cobro de los débitos de los titulares.

En una semana ha publicado el Sr. Bugallal un Real decreto y una Real orden referentes a las profesiones sanitarias y ha presentado a las Cámaras un proyecto de ley de reforma sanitaria. No entramos por hoy sino en la mención pasajera de la primera y de la última de estas disposiciones; de la primera, porque, aun reconociendo su laudable intención de dignificar los altos cargos sanitarios, no estamos convencidos de su eficacia respecto de lo que más hondamente nos preocupa, y de la segunda, porque no habiéndose aún publicado, y siendo muy complejo y extenso el problema que aborda, sería inoportuno, prematuro y peligroso el emitir juicios sobre ella.

En cuanto a la Real orden relativa a la reforma y consolidación de los Estatutos de los Colegios Médicos, no tenemos sino que otorgarle nuestro incondicional aplauso. Ella hace desaparecer,

como verán nuestros lectores, las indecisiones y equívocos acerca de los organismos de unión, de gestión y de organización profesional, que venían por incompletas disposiciones dando lugar a que se creyera siempre necesaria la creación, o mejor dicho, la improvisación de otros organismos mal definidos que ahora quedan sólidamente garantizados en lo que tienen sus aspiraciones de justas y concretas.

Los Colegios Médicos, nacidos más por iniciativa particular que por amparo de las leyes y del Gobierno, recibieron este último en la Instrucción general de Sanidad, sin responder a él en lo que la iniciativa particular se había confiado; el Real decreto de mayo de 1917 definió el carácter obligatorio de estas instituciones, y la Real orden de diciembre del mismo año publicó los estatutos por que venían hasta hoy rigiéndose, dejando vacíos y deficiencias que si hubieran podido pasar inadvertidos en una leal disposición de la masa general de los médicos, se vió pronto que eran aprovechados por los elementos perturbadores y explotadores de la misma. La reforma que significa la Real orden de que venimos haciendo mención, y que hoy publicamos, pone en manos de las Juntas directivas de los Colegios los medios suficientes para establecer una cohesión profesional bien definida, y que a nadie podrá ser sospechosa, dado su origen en el libérrimo sufragio de todos los elementos constitutivos de la gran familia médica, los cuales no podrán en lo porvenir imputar a nadie más que a ellos mismos los defectos de esta positiva y voluntaria sindicación, definida, garantida y alentada por la sociedad y por el Estado.

DECIO CARLAN

Comisión para el saneamiento de comarcas palúdicas

—O—

La campaña antipalúdica en Talayuela (provincia de Cáceres)

Durante los meses de diciembre de 1920 y enero de 1921 los trabajos iniciados en el mes de octubre, y de los cuales se ha dado cuenta en anteriores comunicaciones, han alcanzado mayor extensión y han proporcionado algunos resultados científicos interesantes. El estudio de las condiciones de hibernación de los mosquitos y de sus larvas en la localidad escogida para el experimento ha dado lugar, por ejemplo, a observaciones importantísimas por el extraordinario

número de Anopheles encontrado y por las relaciones que este hecho biológico pueda tener con las manifestaciones epidemiológicas locales. A esta serie de investigaciones aporta su cooperación, valiosísima en estos días, el profesor Sella, jefe de la Sección de paludismo en la Oficina Central de Ginebra de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja. La Comisión debe visísimo agradecimiento a la Cruz Roja Española por haber gestionado y logrado esta cooperación.

El personal técnico de la Comisión (doctores De Buen, Jiménez Asúa y Luengo) ha proseguido el examen hematológico cuidadoso de todos los supuestos palúdicos, ha continuado el tratamiento intensivo de todos los casos de paludismo del año anterior, y con la inteligentísima y entusiasta ayuda de una dama de la Cruz Roja, de singulares aptitudes y gran experiencia en la lucha antipalúdica, la señora Marcosanti, enviada también por la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja de Ginebra, ha completado con todos los detalles estadísticos el censo de la población del término municipal de Talayuela y sus anejos.

Al propio tiempo un topógrafo, á las órdenes del ingeniero Sr. García Farias y bajo su dirección, ha levantado el plano del habitado y de los alrededores del pueblo de Talayuela, sobre todo desde el punto de vista hidrográfico, con todos los detalles puedan servir para la determinación exacta de todos los puntos de origen de los mosquitos transmisores de la infección palúdica.

Va a emprenderse ahora el petrolaje de todas las charcas, remansos, aguas estancadas, etc., de aquellos alrededores. El Sr. García Faria procederá, además, por acuerdo de la Comisión, a la ejecución de pequeñas obras de ingeniería para arreglar algunas balsas muy cercanas al habitado, y singularmente perjudiciales desde el punto de vista de la epidemiología local.

El inspector provincial de Sanidad de Cáceres, doctor Bardají, participa personalmente a estos trabajos en frecuentes visitas al personal de la Comisión que, acompañado actualmente por el profesor Sella, ha establecido su Laboratorio en una barraca de campaña sistema Doecker, enviada para este objeto por la Inspección general de Sanidad.

El material de medicamentos (comprimidos de quinina; píldoras de quinina, arsénico y hierro; inyecciones, etc.) ha sido preparado, por acuerdos tomados con la Inspección general de Sanidad, por el Laboratorio Farmacéutico Central de Sanidad Militar, que lo ha proporcionado en condiciones ventajosísimas y en grandes cantidades; de tal suerte, que no sólo servirá para la campaña que se está llevando a cabo en Talayuela, sino también para otros ensayos y experimentos de profilaxia antipalúdica, para los cuales la Comisión ha sido requerida, y que se propone desarrollar en otros puntos de la provincia de Cáceres y de la Península en general.

La labor que pesa en este período de organización sobre la Comisión obliga a la Presidencia de la misma

a señalar los inestimables servicios que presta en su cargo de Secretario el Jefe de Administración del Ministerio de la Gobernación, Sr. Contreras.

El presidente de la Comisión, profesor Pittaluga, y el doctor Illera, delegado del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII en la misma, han hecho reiteradas visitas de inspección a los trabajos del personal técnico.

El verdugo de Agrigento.

.....OOO.....

(Reflexiones de un psicólogo).

Vas a emprender conmigo un viaje, lector, sin que te muevas de tu butaca. Como nuestra común afición es el estudio del alma humana, ambos aprenderemos bastante. Remontaremos el curso de los siglos como hicieron aquellos personajes de Enrique Gaspar en su ingenioso Anacronópete y nos detendremos en la villa de Agrigento (la patria del filósofo Empédocles), en la que reinó, desde 670 a 564, un monstruo con figura humana: el tirano Falaris. Se necesitaría la pluma de Dante y su inspiración al describir los círculos infernales, para dar una idea de sus hechos y de su calidad moral.

Recuerdo que el doctor Rodríguez y Fernández, en sus lecciones de Historia de la Medicina, nos decía que cuando el hombre aplica la razón que Dios le dió para guiarse, a producir el mal, llega a cosas que no harían las fieras. Falaris ante la crítica, aparece peor que Caín, que Tiberio, Nerón, Calígula, Vitelio, Cómodo y Heliogábalo. Es un nuevo testimonio de la verdad de la teoría de la maldad considerada como un hecho morboso, cuyo esbozo leí en los artículos de Rodolfo Arndt, del Diccionario de Eulenburg y procuré desde entonces vulgarizar yo en los míos.

¿Por qué hay almas que se complacen en el mal?

Están atrasadas en su evolución. ¿Cuál es la causa de este hecho? Su profunda ignorancia. Luego la ciencia es camino para la caridad, luz que ilumina el sendero del bien. Aquel que aborrece el estudio, retrocede hacia el salvajismo. Cuando el rey Osymaudías fundó la primera biblioteca, puso sobre su puerta esta inscripción notable: «Tesoro de los remedios del alma.»

¡El libro! Mágico aparato de olvido. Consuelo de todas las penas. Alivio de los más acerbos dolores. Medio misterioso de evocar a las almas que pasaron por los crisoles de los organismos. Voces del silencio, que por mi voluntad-freno, enmudecen. Eres el heraldado de la verdad que viene de Dios y tú destruirás al mal.

De esto deduzco que el progreso científico, conducirá al moral. «No hay más medio de progresar, que volverse mejor» (Allan Kardec). «El cristiano no aspira a ser mayor, sino mejor. En el camino de Dios (mejoramiento moral), el no ir adelante es volver atrás»

(San Bernardo). «¿Quién es el que os podrá perjudicar, si vosotros seguís el bien?» (San Pedro). Luego el que siga el mal, como Falaris, yerra. ¿Cómo podemos explicar la crueldad? Por el odio que es sentimiento propio de espíritus inferiores. ¿No habéis visto nunca a un carretero maltrando a una mula caída, mientras vomita por aquella boca un torrente de blasfemias? Es un espectáculo triste para cualquiera persona culta, y bastante frecuente en Madrid, por desgracia. Ese hombre (llamémosle así) es cruel, porque es ignorante. No ve que ese animal cayó porque estaba mal alimentado; o porque le cargaron con diez, cuando sólo podía con cinco. En todo caso, el responsable de su caída no es él; porque no hay responsabilidad donde no existe libre albedrío. Luego los palos nos demuestran la incapacidad del carretero para discurrir como persona. De haber algunos responsables, serían los seres inteligentes que no supieron o no quisieron utilizar a esa mula, según su fuerza y estado requería.

Los sujetos crueles tienen pervertido su sentimiento. Son antisociales por excelencia. Debieran recordar que Cristo dijo: «Con la medida que midieres serás medido.» El Maestro se refería al destino en la otra vida, lo cual es muy cierto. Pero el lector verá ahora mismo en la historia de Falaris, cómo el cruel recibe su pago también aquí abajo, en la tierra, en la vida carnal. Y de tal naturaleza, que produce escalofrío creerlo.

Que la crueldad es un efecto de la ignorancia, lo demuestra una frase del pueblo, que en materia psicológica es un Argos. Es ésta: «Pájaro seas y en manos de muchachos te veas.» Es cierto, por desgracia. En vez de ir a la escuela, para aprender a luchar contra el mal, hacen novillos, se dedican a buscar nidos y cometen con los pájaros verdaderas herejías. Saltarles los ojos, arrancarles las plumas y otras. Anesón, en su infancia, le producía verdadero deleite sacar los ojos a las moscas que cogía, lo cual, visto por un buen observador, hizo que pronosticase que más tarde sería un monstruo de inhumanidad. Así ocurrió.

Falaris pensó en castigar a sus enemigos de una manera nueva, nunca vista, que no se le hubiese ocurrido a nadie. Eso de decapitarles tan sólo, resultaba poco artístico. Había efusión de tanta sangre, que el paciente fallecía con una rapidez desconcertante. Y, precisamente, lo que él quería era prolongar su agonía para contemplarla como espectáculo interesante. ¿Los ahorcaría? También le parecía deficiente. No habría entonces sangre; pero el ahorcado muere en seguida y las convulsiones resultaban feas. Además, no falta quien dice ser agradables para el interesado aquellos momentos por no sentir dolor. Esto último no entraba en sus cálculos.

Yo me representé a Falaris, sumergido en su meditación, hasta que halló la solución y no exclamó: «¡Eureka!» porque no era Arquímedes. Construyamos—pensó—un toro de bronce, hueco, en el cual quepa el cuerpo de un hombre. Calentémosle con fuego por debajo, hasta el rojo blanco. Es indudable que el pobre

metido allí se quemará. Pero como yo procuraré que la temperatura crezca lentamente, no morirá de un modo repentino, lo que para mí sería lamentable. Colocado a distancia conveniente para que el fuego no me toque, yo podré oír todo lo que diga y me sentiré feliz en aquella hora porque habré, realizado una cosa desconocida en un mundo, donde en materia de suplicios se vivía antes de mí en plena rutina. Y como lo pensó, lo hizo.

Convengamos en que esta *ideica* no fué de las que exponía con tanto ingenio D. Mariano de Cavia, sino digna de Tiberio, Nerón o Calígula. El punto esencial es éste, para mí: ver que se complacía con el ajeno dolor (algo análogo al sadismo en la vida sexual de los degenerados), como escuchaba aquellos gemidos, con la fruición con que oye un aficionado una composición de Mozart, Beethoven o Wagner; como no atravesó su alma ni una ráfaga de piedad. Pensaría: «Soy el más fuerte y uso de mi fuerza. Este pueblo es cobarde. Le dominaré por el terror.» El cálculo de los déspotas: el palo, el matíser, la ametralladora. Hay algo más en el mundo. Está la pluma creadora. Existe el amor edificante. Frente al látigo está el alfabeto. Y frente a César, Guttenberg.

¿Cuál fué el efecto que esta horrenda sucesión de suplicios causó en el ambiente psíquico de Falaris? Desastroso, como no podía ser menos. Una irritación profunda contra él. Recordemos aquí la definición que de este hecho morboso dió Letamendi en su *Curso de Patología general*: «Es irritación la acción y efecto de convertir toda impresión antipática en un movimiento repulsivo.» Pues eso que es verdad en la vida patológica, con relación a las células de un organismo, lo es también en la vida social, en la reunión de los espíritus inteligentes que forman un pueblo. Tal era la amplitud de visión mental de aquel ilustre maestro, que las verdades que halló llevan la luz a órdenes científicos muy distintos.

¿Dónde vemos aquí la impresión antipática? En aquellos gemidos de las víctimas inmoladas, que tenían que conmover a todos los espectadores de sentimientos honrados. A esto yo lo llamaré *aspecto sensitivo* de aquella tragedia. Mas las imágenes virtuales sufrieron, dentro de aquellas cabezas, la elaboración correspondiente, y la conclusión fué... ¡Qué horror! ¡Qué monstruosidad! ¡Esto es inconcebible! (*aspecto psicológico: indignación*).

Y cuenta que aquellas víctimas dejarían viudas, huérfanos, que quedarían en la miseria por la muerte del cabeza de familia. ¿Y qué sentirían éstos contra Falaris, causante primero de su desgracia? Un odio insaciable, cosa muy lógica. Ya que no podían vengarse por sí mismos, pretestarían contra él. Ahora bien; sabemos que toda protesta es una sugestión, tanto más eficaz sobre sus oyentes o lectores, cuanto más motivada y más justa es.

Me asombra el déficit intelectual que revela en Falaris el no pensar en esto. ¿Es que impunemente se siembra el odio a manes llenas en el mundo? ¿Es que

se creía omnipotente? Fuerte era Julio César, y le cosieron a puñaladas en el Senado romano. Por poderoso se tuvo Marat, y le cortó el camino el puñal de Carlota Cordoy. La fuerza era el objetivo de Napoleón Bonaparte, y vuelta contra él la del mundo irritado, le hizo morir en Santa Elena. En nuestros mismos días, Guillermo II Hohenzollern quiso, por la fuerza, dominar al planeta, y consiguió perder el Trono, el honor y tendrá que comparecer ante un Tribunal como un criminal vulgar. Luego, los que le odian, serán odiados, porque cada cosa engendra su semejante.

Se engañan los que creen al pueblo una colección de nulidades. Esa creencia se basa en el orgullo. En punto al entendimiento. Letamendi demostró que da con sus prenocios sólido fundamento a todas las ciencias. El obtuvo del llamado vulgo lo que pidió en vano a los más reputados patólogos de su tiempo. De mí sé decir que en sus refranes aprendí más Psicología que en los libros de los doctores.

En punto a diferenciar el bien del mal, a la Ética, a la conducta, la cual constituye la esencia misma de la vida, el pueblo es admirable. Presentadle un problema moral. Lo que hay que hacer. Lo que se debe evitar. Nunca se engaña, y cuando ocurre es por pérfidas sugestiónes extrañas. Tiene un innato sentimiento de justicia, reflejo de la de Dios. En muchas revoluciones aquí en España, se leía en un cartel: «Pena de muerte al ladrón.»

Pero los sentimientos y las ideas de una multitud no se quedan encerrados en los cráneos, como las neuronas. Mueven a la voluntad-acción y estimulan al músculo. «Tenemos que asesinar a Falaris», pensaron aquellas gentes. El pueblo es ejecutivo siempre. ¿Lo apruebo yo como moralista? No. Porque Dios dijo: «No matarás», y el hombre honrado sólo quiere el bien. ¿Me lo explico como psicólogo? Sí. Era el movimiento repulsivo consecuencia de las impresiones antipáticas. Se produce lo mismo en el alma que en el organismo.

Es muy difícil que almas indignadas apliquen el castigo con moderación. Está demostrado que en el mundo moral no hay proporcionalidad entre la causa y el efecto. Además, en esas multitudes enfurecidas hay siempre malvados de profesión, profesionales de la violencia que se imponen a los sensatos, a los que aún conservan su serenidad.

Los Agrigentinos sublevados aplicaron a Falaris *el mismo castigo que él a tantas víctimas*. He aquí el desenlace de aquel proceso irritativo de toda una población.

Fueron crueles también. Nunca hay derecho a matar, ni menos a atormentar. ¿Dónde iríamos a parar si todo el mundo se tomase la justicia por su mano? Pero en lógica pura, en presencia de los hechos, y teniendo en cuenta el atraso intelectual y moral de aquellos tiempos tenebrosos, el género de muerte de Falaris pudo pronosticarse por un hábil psicólogo, como un astrónomo anuncia un eclipse.

El examen de estos casos de Psicología morbosa es útil, porque enseña que no se cura un mal oponiendo

le otro mayor. Así aumenta la irritación de los espíritus. El único remedio del mal es el amor (Cristo), y a éste no se llega si no por la ciencia. Ambos son las alas que nos conducirán ante Dios. En la Humanidad solidarizada del porvenir, ejecutora del Evangelio, es tolos casos de Teratología psíquica ni se concebirán si quiera. Trabajemos todos por propagar la caridad, verdad pura.

ABDÓN SÁNCHEZ HERRERO.

De la Beneficencia municipal, por oposición.

Sociedad Ginecológica Española

ACTA DE LA SESIÓN CIENTÍFICA CELEBRADA EL DÍA
24 DE NOVIEMBRE DE 1920.

Presidente: DR. BECERRO DE BENGOA

ORDEN DEL DÍA

Un nuevo caso de meningitis meningocócica del lactante.

Doctor Cavenget.—En un artículo recientemente publicado por nosotros decíamos que una de las condiciones que se imponía para poder actuar con éxito en el tratamiento de las meningitis meningocócicas de los lactantes era el hacer en primer lugar un diagnóstico precoz del proceso y actuar una vez éste confirmado de un modo rápido, así como lo suficientemente intenso para poder yugular con el suero solo o ayudado de la vacuna la enfermedad meningítica.

Esta afirmación categórica ha sido ratificada por mí hace algunos días al tener ocasión de tratar un nuevo caso de un lactante de cuatro meses afecto de una meningitis meningocócica. Infección general inicial o inicial localizada meningítica, el hecho es que la criatura es vista por nosotros a los quince días próximamente de enfermedad en un estado, dada la intensidad del proceso meníngeo, en el que poco se podía esperar de la bondad del suero ni de la acción curativa de la vacuna.

Este niño llevaba, como he dicho, al ser observado por nosotros, próximamente quince días de enfermedad, en los cuales había sido tratado por un simple estado gastrointestinal con la terapéutica propia de estos casos; como síndrome monosintomático inicial había el vómito, repetido durante el primer día de ser dado como enfermo por su madre con alguna frecuencia, pues, aunque en días anteriores refiere que había estado llorón, aparentemente nada anormal había notado para considerar a su hijo como enfermo. A partir de este momento el niño sufre fiebre de cierta intensidad; tiene, según la madre, una ligera erupción en las nalgas, que ella atribuye a perturbación digestiva, y grandes ratos se los pasa amodorrado, hecho explicado por la madre

por aumento de la fiebre. El día antes de ser visto por nosotros, motivo por el que fué llevado a nuestra consulta, presentó varios ataques convulsivos, de corta duración, pero de relativa frecuencia.

Niño pálido, color de cera, con una indiferencia, dentro de su escasa edad, que al práctico llama la atención; ligero estado contractual, principalmente de los miembros superiores; la cabeza más bien caída hacia atrás que contracturada en ángulo recto, demostrándose sólo al movimiento ligera espasmodicidad de los músculos de la nuca, escaso estrabismo apenas perceptible, nada anormal en los aparatos respiratorio y circulatorio, en el que el pulso es frecuente; pero en relación con la fiebre que el niño tenía; nada hay en él que denotara el proceso meníngeo. Unido a esto mencionaremos, por parte del sistema nervioso, el reflejo contralateral, la torpe reacción pupilar, el ligero estado contractual, ya mencionado, y el quejido tenue y raro en el enfermito, con una fiebre de 37 y 8 décimas en el momento de la observación. A propio intento he dejado para lo último la tensión de la fontanela, que fué uno de los síntomas, por no decir el único, que motivó el diagnóstico en un principio, antes de observar detenidamente al enfermo; la fontanela hacía prominencia de modo pronunciadísimo del tamaño de un huevo de paloma, con un intenso latido que denunciaba inmediatamente la localización del mal.

Mi línea de conducta era fácil de trazar, y por ello realicé inmediatamente la punción lumbar con la técnica ya por mí descrita, y dió como resultado un líquido purulento, salido con ligera presión, que nos hizo pensar que clínicamente nos encontrábamos frente a una meningitis purulenta, contra la cual nada se podía intentar, limitándonos a una medicación tónicosedante como medio de justificación ante la madre, a quien impusimos de la gravedad del caso. Hecho el análisis del líquido extraído, el laboratorio dictamina grande aumento de albúmina, considerable cantidad de polinucleares y diplococo de Weichselbaum; repetida la punción lumbar, obtenemos un líquido más claro que el día anterior, pero que salía gota a gota, de un modo tan lento, que nos hacía sospechar la posibilidad del comienzo de la tabicación de la meningitis. En vista de ello nos decidimos, aun seguros de nuestro fracaso, a la inyección de suero antimeningocócico polivalente, en dosis de 20 centímetros cúbicos por vía ventricular lateral. Verificamos la punción con gran facilidad, pues en los lactantes es para mí tan inocua y aun de técnica más fácil que la punción lumbar, y salió el líquido con mayor presión y la misma turbidez ligera del meningocócico, en general muy distinto de la purulencia del primer día; sacamos próximamente unos cinco centímetros cúbicos de líquido cefaloraquídeo e inyectamos acto seguido, al unísono con la opinión de Laverigne, 20 centímetros cúbicos de suero polivalente con escasa presión y sin observar el menor trastorno en

el niño, a pesar de no haber extraído más que los cinco centímetros cúbicos citados de líquido e inyectar 20 de suero; la reacción febril fué poco intensa—se conoce que por el estado del niño—, y desde este momento se fué agravando considerablemente, a pesar de nueva inyección, no volviendo a ser visto por nosotros, sabiendo había muerto pocas horas después.

Varias son las consideraciones que este caso nos sugiere, y ellas son las que nos motivan la publicación del mismo. Este hecho que cito como caso aislado es seguramente más frecuente de lo que se cree; en la mayoría de los niños que se mueren con diagnóstico de meningitis es una proporción mínima los casos que van seguidos de punción lumbar, afirmación acaso delicada, pero cierta. No pretendo insistir sobre un hecho por todos reconocido, pero no por todos practicado; la punción lumbar es hoy un medio de diagnóstico con el que todo técnico debe estar familiarizado, sobre todo en patología infantil, donde la reacción morbosa meníngea es tan frecuente por desgracia.

En estos casos de meningitis meningocócica es de una indiscutible necesidad un pronto diagnóstico en los lactantes, pues seres de escasas resistencias orgánicas precisan de la medicación específica antimeningocócica en momento adecuado en relación con la intensidad del mal; en este caso, por mucho suero que hubiésemos inyectado, era completamente inútil nuestra actuación; sólo un deber de conciencia nos impuso a ello. De esto no se puede deducir la inutilidad del suero, sino explicar la ineficacia del mismo por lo tardío de su aplicación, a pesar de la intensidad de la dosis, que yo hubiese aumentado si no hubiese sido por miedo a la violencia de la reacción propia de estos casos, dado el estado desfavorable de la criatura, reacción que fué poco intensa, sin duda alguna por la gravedad en que el enfermito se encontraba.

¿Por qué no acudimos a la vacunación o el abuso de fijación unida a la inyección sérica? Por la sencilla razón de que no le consideré caso apropiado, dada la reacción intensa que para su buen efecto la vacuna suele producir y el estado general del niño; ya que estaba cierto del pronóstico fatal, no me consideraba autorizado, aunque algún autor de talla lo recomiende, a excitar las defensas del niño a costa del peligro de acelerar el desenlace del mismo con la doble reacción sérica y de la vacuna. ¿Hice bien? Yo creo que sí; el estado del niño no autorizaba otra línea de conducta.

Este es el caso y las consecuencias que yo del mismo he derivado y que me afirman en la necesidad de un diagnóstico precoz para poder intervenir con oportunidad y con energía.

El doctor Muñoyerro: Se muestra de acuerdo con el doctor Convent en la necesidad de un diagnóstico precoz y de un tratamiento rápido e intenso. Hace muy atinadas observaciones acerca del diag-

nóstico de esta afección e insiste en la necesidad de realizar inyección intramuscular simultáneamente de la inyección lumbar o ventricular.

El doctor Navarro Blasco: Da cuenta de un caso de hematócolpos y hematómetra lateral, diagnosticado por el doctor Botín, en el Instituto Rubio. Se trataba de una muchacha soltera y que reglaba con regularidad, a pesar de lo cual presentaba todos los síntomas subjetivos propios de los hematócolpos. Tanto por esto como porque en la exploración se podía apreciar en una de las paredes laterales de la vagina la existencia de una colección fluctuante, el doctor Botín hizo el diagnóstico exacto. Poco antes de la intervención la enferma expulsó por la vagina la sangre retenida por haberse roto el tabique intervaginal. A pesar de esto, y teniendo en cuenta la posibilidad de rotura de un probable hematosalpinx, el doctor Botín laparatomizó a la paciente. La operación, que consistió en una hemihisterectomía, confirmó plenamente el diagnóstico.

El doctor Navarro Blasco dice que ha presentado este caso, que pertenece naturalmente al doctor Botín, a fin de que pueda unirse a los casos de úteros dobles presentados a la Sociedad por el doctor Luque, y hace resaltar el hecho de ser muy pocos los casos de hematócolpos y hematómetras laterales que son diagnosticados antes de la intervención.

El doctor Luque: Se congratula de haber escuchado el caso del doctor Botín, y espera con interés el que tiene anunciado el doctor Bourkaib, pues considera que los casos de duplicidad genital tienen interés por diversos motivos. Así, en el tercero de los casos por él observados cree que la deformidad genital era la causa de los abortos o partos prematuros que por tres veces sufrió la enferma.

Además, la presentación o relación de casos de esta índole sirve para que tanto los especialistas como los médicos generales se convenzan de su relativa frecuencia, lo cual es conveniente para que, teniéndolo en cuenta, se diagnostiquen con mayor facilidad.

Contestando al Sr. Cospedal (hijo) cree que la pieza presentada en la sesión anterior cumplía su misión, puesto que en ella podía apreciarse el tamaño y forma del útero.

Da las gracias al doctor Becerro de Bengoa por las observaciones que aportó a su comunicación y hace resaltar la analogía que ofrece la disposición vertical de las tropas con la disposición de los conductos de Müller.

Asegura que si en su segundo caso realizó la extirpación del tabique vaginal longitudinal no fué, como pretende Becerro de Bengoa, para poder estudiar mejor el caso, sino únicamente para poder tratar mejor la metritis concomitante, y sobre todo por considerer, dada la situación, tamaño y consistencia del tabique, que éste podría constituir un obstáculo serio para la expulsión de un feto a término en un posible embarazo ulterior.

SIL=AL

Silicato de aluminio purísimo
Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso. Madrid

Ayuntamiento de Madrid

Sección oficial

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

INSPECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 29 del Reglamento de baños y aguas minero-medicinales de 12 de mayo de 1874 para la provisión por concurso de las plazas vacantes de médicos directores, he tenido por conveniente disponer que se anuncie el concurso para cubrir dichas plazas entre los médicos directores del Cuerpo de baños, conforme a las reglas siguientes:

1.^a El concurso se celebrará en el salón de sesiones del Real Consejo de Sanidad, el día 15 de marzo próximo, a las once de la mañana.

Los interesados que deseen variar de destino, o se hallen obligados a ello por ser incompatibles, según las Reales órdenes de 14 de marzo y 26 de abril de 1887, con el que actualmente desempeñan, podrán solicitarlo hasta el 12 de marzo próximo o acudir al acto personalmente o por medio de representación con poder en forma legal.

2.^a Quedan anulados desde esta fecha todos los nombramientos de médicos directores interinos y los habilitados cuyos contratos han sido denunciados en el plazo legal.

3.^a Las plazas vacantes y las que vaquen hasta el día del concurso, con arreglo a la precitada Real orden, y las que en el acto de su celebración vayan resultando, podrán pedir las los referidos médicos directores del Cuerpo por rigurosa antigüedad, siendo adjudicadas al formularse las peticiones y entendiéndose que cuando el interesado deje pasar su número sin pedir plaza, perderá el derecho a solicitarlo, hasta que vuelva a corresponderle nuevo turno.

4.^a No podrán tomar parte en el concurso los médicos de baños que llevando más de cinco años en la dirección de un mismo establecimiento balneario no hayan cumplido con las obligaciones preceptuadas en el artículo 57 del Reglamento y especialmente en su regla décima.

5.^a Terminado el primer turno, se procederá a un segundo y último entre los referidos médicos directores.

6.^a Las vacantes que queden del concurso y las que ocurran con posterioridad se proveerán con arreglo a la Instrucción general de Sanidad, capítulo XIII y Real orden de 25 de febrero de 1916.

7.^a Los poderes se admitirán hasta el día 12 de marzo próximo, a la una de la tarde, en el negociado correspondiente, entendiéndose que todo el que se presente después de esta fecha y hora no surtirá efecto alguno en el acto del concurso.

8.^a En el concurso se tendrán en cuenta las pres-

cripciones de las Reales ordenes de 10 de marzo de 1906 y 26 de febrero de 1902.

9.^a En el acto del concurso se procederá a designar por sorteo la Comisión reconocedora a que se refiere el artículo 162 de la Instrucción general de Sanidad.

Madrid, 11 de febrero de 1921.—El inspector general de Sanidad, *M. Salazar*.

Establecimientos balnearios a que se refiere el anuncio anterior.

Alfaro (Almería), Alicun (Granada), Almeida (Zamora), Arechavaleta (Guipúzcoa), Arlanzón (Burgos), Arro (Huesca), Ataun (Guipúzcoa), Alcarraz (Lérida); Benimarfull (Valencia), Bouzas (Zamora), Boñar (León), Brak (Cádiz), Busot (Alicante), Burjasot (Valencia), Caldas de Bohi (Lérida), Caldas (Orense), Carballo (Coruña), Caldas de Estranch y Titus (Barcelona), Caldás de Malavella (Gerona), Cabreiroá (Orense), Cucho (Burgos), Caldas de Reyes Dávila (Pontevedra), Cofrentes (Valencia), Caldas de Montbny (Barcelona), Cardó (Tarragona), Cartegada (Orense), Corconte (Burgos), Calzadilla del Campo (Salamanca), Echanó (Vizcaya), Estadilla (Huesca), Elejabeytia (Vizcaya), Elorrio (Vizcaya), El Molar (Madrid), Fuente Alamo (Jaén), Fuente Podrida (Valencia), Fuentenueva de Verín (Orense), Fuentesanta de Gayangos (Burgos), Fuente Apestosa (Albacete), Gizonza (Cádiz), Gaviria (Guipúzcoa), Graena (Granada), Gravalos (Logroño), Cuadras Viejas (Almería), Guesala (Vizcaya), Hervideros del Emperador (Ciudad Real), Hervideros de Fuensanta (Ciudad Real), Incio (Lugo), La Alameda (Madrid), La Cañiza (Pontevedra), La Garriga (Barcelona), La Malaha (Granada), La Ribera (Jaén), La Herrería (Badajoz), La Marivilla Loeches (Madrid), Lucanena (Almería), La Isabela, Sacedón (Guadalajara); La Aliseda (Jaén), La Hijosa (Ciudad Real), Molinell (Valencia), Montejo de Cebas (Burgos), Maurente y las Aceñas (Pontevedra), Monasterio de Piedra (Zaragoza), Montanejos (Castellón), Navalpino (Ciudad Real), Nuestra Señora de Abella (Castellón), Nuestra Señora de las Mercedes (Gerona), Nuestra Señora del Carmen (Valencia), Nuestra Señora del Orito (Alicante), Ormaiztegui (Guipúzcoa), Paterna (Cádiz), Ponferrada (León), Prelo (Oviedo), Pueblo Nuevo del Mar (Valencia), Puenteansa (Santander), Puenteacandelas (Pontevedra), Pozo Amargo (Sevilla), Portovia (Orense), Peñas Blancas (Cordoba), Quinto (Zaragoza), Riva los Baños (Logroño), Salvatierra de los Barros «El Carcón» (Badajoz), Salvatierra de los Barros «El Moral» (Badajoz), Salinas de Rossio (Burgos), Salinetas de Novelda (Alicante), Salinillas de Buradón (Alava), San José (Albacete), San Juan de Azcoitia (Guipúzcoa), Santo Tomás (Valencia), Santa Coloma de Farnés (Gerona), San Vicente (Lérida), Segura (Teruel), Solán de Cabras (Cuenca); San Telmo (Cádiz); Santa Ana (Valencia), Traveseres (Lérida), Tortosa (Tarragona),

CARBOLAN

Pelrid's C.º, New-York

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

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

Ayuntamiento de Madrid

Tona Roqueta (Barcelona), Valdelateja (Burgos), Villaro (Vizcaya), Valle de Ribas (Gerona), Villaharta (Córdoba), Vilo o Rosas (Málaga), Val (Pontevedra), Yemeda (Cuenca), Zaldivar (Vizcaya).

Escalafón de los médicos directores de establecimientos de aguas minero medicinales

Número 1, D. Amalio Gimeno y Cabañas; 2, don Eduardo Palomares y Núñez; 3, D. Enrique Doz y Gómez; 4, D. Juan B. Horques Fernández; 5, D. Francisco Chinchilla; 6, D. Manuel Morales y Gutiérrez; 7, D. Clodomiro Andrés y Miguel; 8, D. Eduardo Menéndez Tejo; 9, D. Cesar García Teresa; 10, D. Manuel Manzaneque y Montes; 11, D. Cipriano Alonso y Díaz; 12, D. Anselmo Bonilla y Franco; 13, D. Benito Avilés y Merino; 14, D. Ramón York Gamboa; 15, D. Nicolás Pérez Jiménez; 16, D. Manuel Martí y Sanchiz; 17, D. Francisco Ledo García; 18, D. Hipólito Rodríguez-Pinilla; 19, D. Celestino Compaired y Cabodevilla; 20, D. Domingo Fernández Campa; 21, D. Felipe Isla y Gómez; 22, D. Dionisio Juste y Garcés; 23, D. Miguel Gómez Camaleño; 24, D. Angel Nieto y Méndez; 25, D. Ramón Amigo Brey; 26, don Carlos Manglano y Terrón; 27, D. Joaquín María Aleixandre y Aparici; 28, D. Enrique Pratosi y Martínez; 29, D. José Barrientos Jaramillo; 30, D. Leoncio Bellido y Díaz; 31, D. Benito Minagorri y Cubero; 32, D. José Morales y Moreno; 33, D. Mariano Abad Maciá; 34, D. Juan López y González; 35, D. Manuel Martínez Ealo; 36, D. Wenceslao F. de la Vega; 37, D. Sixto Botella y Donoso Cortés; 38, D. Francisco B. Aguilar; 39, D. Miguel Peña y López; 40, D. Julián Adame y García; 41, D. Camilo Pintos y Reino; 42, D. Rafael Fraile y Herrera; 43, D. Rosendo Castell y Ballespi; 44, D. Cándido Vallés y Coch; 45, D. Aurelio García Gavilán; 46, D. José Follá y Núñez; 47, D. Arturo Daza de Campos.—Madrid, 11 de febrero de 1921.—El inspector general, *M. Salazar*.—*Gaceta* 12 febrero.

EXPOSICIÓN

SEÑOR: Para la distribución del personal de Sanidad de puertos y fronteras, que figura en las plantillas de la vigente ley de Presupuestos, se dictó el Real decreto de 11 de mayo último, inspirándose para la adaptación en el propósito de proporcionar estabilidad en sus cargos a los funcionarios encargados de servir las, confiándose en que de esta suerte llegarían a conocer prácticamente las distintas y peculiares condiciones en que los servicios han de desenvolverse en cada Estación Sanitaria, y serían por ello desempeñados con mayor acierto. Así viene aconteciendo, en efecto, por cuyo motivo, entendiéndose conveniente a los servicios sanitarios limitar, en cuanto posible sea, el cambio de destino a los funcionarios, el ministro fue suscribe tiene la honra de someter a la sanción de V. M. el siguiente proyecto de decreto.—Madrid, 8

de febrero de 1921.—SEÑOR: A. L. R. P. de V. M., *Gabino Bugallal*.

REAL DECRETO

De acuerdo con lo propuesto por el ministro de la Gobernación,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º La adaptación de las plantillas del personal de Estaciones Sanitarias de puertos y fronteras, aprobada por Real decreto de 11 de mayo de 1920, se entenderá en el sentido que expresan los artículos siguientes:

Art. 2.º Los cargos de directores médicos de las Estaciones Sanitarias de los puertos de Ibiza, Palamós, Burriana, Vinaroz, Sagunto-Canet, Mazarrón, Torrevieja, Garruchá, Motril, Santa Cruz de la Palma, Puerto de la Cruz, Castro-Urdiales, Denia y los de las fronteras de Port-Bou y La Línea de la Concepción; el de subdirector médico de la de Palma de Mallorca, y los de médicos auxiliares de las de Sevilla-Bonanza y Las Palmas, serán desempeñadas por médicos del Cuerpo de Sanidad exterior, oficiales de segunda clase de Administración civil.

Art. 3.º Los restantes cargos de directores médicos, subdirectores médicos y médicos auxiliares y bacteriólogos de Estaciones Sanitarias de puerto y el de director de la Estación Sanitaria fronteriza de Irún, serán desempeñados por médicos del Cuerpo que disfruten, por lo menos, la categoría de oficiales de primera clase de Administración civil, teniendo en cuenta para ello en cada una de las plantillas el lugar o número de orden preferente que, respectivamente, ocupen en el escalafón.

Dado en Palacio a ocho de febrero de mil novecientos veintiuno.

ALFONSO

El ministro de la Gobernación, *Gabino Bugallal*.—*Gaceta* 11 febrero.

REAL ORDEN

Desde que en 15 de mayo de 1917 se publicó el Real decreto estableciendo en su art. 4.º la colegiación obligatoria de todos los médicos, vienen éstos en su organización por provincias manifestando reiteradamente su aspiración de disponer de medios coercitivos reglamentarios que impidan a ningún colegiado faltar a los deberes morales y profesionales que les impuso aquella soberana disposición, y que ratificó la Real orden de 6 de diciembre del mismo año, al aprobar los Estatutos de dicha Colegiación.

Atendiendo, por consiguiente, a la petición en tal sentido formulada por la Asamblea de los Colegios Médicos provinciales, celebra la recientemente en Valencia, y de conformidad con las modificaciones en ella propuestas,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que den modificados los expresados Estatutos en la forma siguiente:

«Art. 2.º El inspector general de Sanidad, los gobernadores civiles, los inspectores provinciales de Sanidad y los subdelegados de este Ramo, perseguirán a los que ejerzan el intrusismo y a los que siendo profe-

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

sionales de la Medicina no figuren inscritos en las listas de los colegiados, en cuanto tengan noticia por información particular o comunicación de los presidentes de los Colegios Médicos.»

«Art. 3.º La misión y objeto de los Colegios Médicos será:

1.º Defender los derechos e inmunidades de los médicos, procurando que gocen de la debida independencia y decoro ante los Ayuntamientos y autoridades.

2.º Mantener la armonía y fraternidad entre los colegiados, adoptando las disposiciones conducentes para que no sufran detrimento alguno el decoro y buen nombre de la clase.

3.º Auxiliar a las autoridades en los informes técnicos que les pidan y que no correspondan legalmente a otras entidades.

4.º Perseguir ante los Tribunales los delitos de intrusismo, ejerciendo esta acción por intermedio de su presidente y Junta de gobierno.

5.º Distribuir equitativamente entre los colegiados en ejercicio las cargas que ponga el Fisco.

6.º Exender en la forma que se señalará después los sellos para el sostenimiento del Colegio de Huérfanos a que se refiere el Real decreto de 15 de mayo de 1917.

7.º Realizar los demás de carácter científico o benéfico que estimen convenientes.

8.º Informar en los asuntos que haya de conocer la Sanidad oficial cuando éstos se relacionen con la función de los Colegios Médicos.

9.º Prestar su cooperación a las autoridades sanitarias, obligando a los colegiados al cumplimiento de la Instrucción general de Sanidad y demás disposiciones de este ramo, muy especialmente en todo lo referente a partes de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria y demás datos de estadística sanitaria.

10. Los Colegios quedan facultados para autorizar el ingreso en el Cuerpo de Médicos titulares conforme a lo dispuesto por Real orden de 14 de noviembre de 1918.»

«Art. 5.º Los médicos, por el hecho de su colegiación, quedan obligados desde su ingreso en el Colegio al cumplimiento de cuantas prescripciones se contienen en estos Estatutos y en el Reglamento y acuerdos que estuvieran tomados en el Colegio correspondiente.

«En cumplimiento del art. 80 de la ley de Sanidad, y del apartado tercero del art. 85 de la Instrucción general del ramo, los Colegios de Médicos, por medio de sus Juntas de gobierno, constituidas en Jurados profesionales, ejercerán facultades disciplinarias sobre los respectivos colegiados, con arreglo a lo que en estos Estatutos se previene.»

«Art. 8.º Los médicos que quisieran pertenecer a uno de los Colegios establecidos deberán expresar en la solicitud que al efecto presenten si se proponen ejercer la profesión o no, y si pertenecen a otros Colegios. Para todo médico es obligatoria la colegiación después de los ocho primeros días de residencia en la localidad a la que haya ido a ejercer sus servicios profesionales.»

«Art. 11. Podrán ser negadas las solicitudes de ingreso cuando los documentos no sean suficientes u ofrezcan dudas de legitimidad; cuando en el Colegio de donde proceden no hayan satisfecho las cuotas contributivas o patente del último año, o cuando hubiera sufrido alguna condena por sentencia criminal o fallo de Colegio y no estuviese rehabilitado.

En caso de incapacidad manifiesta o de inmoralidad profesional probada, el Colegio deberá instruir un expediente de averiguación de los hechos, y probados que fueren éstos, aplicará las sanciones que regulan estos Estatutos.»

«Art. 12. Los médicos solicitarán sus patentes respectivas por conducto exclusivo de sus Colegios. Estos quedan obligados a denunciar al Fisco los profesionales que, ejerciendo, no paguen la patente respectiva.»

«Art. 13. Si las Juntas de gobierno de los Colegios denegasen las incorporaciones pretendidas lo notificarán a los interesados, haciendo constar los fundamentos de sus acuerdos, pudiendo aquéllos acudir en alzada en la forma que se previene en el art. 30.»

«Art. 19. (Se añadirá): «Las Juntas de Colegio quedan facultadas para adoptar cuantas medidas legales crean pertinentes para mejor asegurar el cumplimiento de los acuerdos del Colegio.»

«Art. 20. (Se redactará el tercer párrafo): «Segunda renovación: Vicepresidente, secretario, contador y mitad de los vocales no renovados en la elección anterior.»

«Art. 30. Cuando llegue a conocimiento de la Junta de gobierno, por reclamación o información propia, que la conducta de un colegiado se aparta de las reglas y deberes sociales, profesionales, legales y los estatuidos en los artículos 5.º y 11, podrán imponerse los siguientes correctivos:

1.º Advertencia verbal o escrita, de carácter privado.

2.º Amonestación con anotación en el acta del Colegio.

3.º Imposición de multa de 125 a 500 pesetas, y comunicación al gobernador de la provincia para que la haga efectiva por los medios que le autoriza la ley.

4.º Expulsión del Colegio provincial.

5.º Suspensión temporal del ejercicio profesional en España.

Estas dos últimas penalidades, que no podrán exceder de un año, sólo podrán imponerse por causa grave a los reincidentes, a propuesta de las Juntas de gobierno y por acuerdo de la mayoría absoluta del Colegio, previa consulta individual por escrito.

En todo caso deberá ser oído el interesado. Este podrá apelar ante un Jurado compuesto de nueve representantes de todos los Colegios médicos, que serán elegidos por sufragio, los cuales resolverán en última instancia. De este fallo se dará conocimiento al ministro de la Gobernación en el término de tres días, y el ministro dentro de un plazo que no excederá de ocho, aprobará el fallo, si se han cumplido los requisitos y trámites de procedimiento aplicables al caso.»

Lo que de Real orden comunico a V. S. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde a V. S. muchos años.—Madrid, 22 de febrero de 1921.—Bugallal.

Señor gobernador civil de...

(Gaceta del 23 de febrero).

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,6; ídem mínima, 701,6; temperatura máxima, 11º7; ídem mínima, 0º1; vientos predominantes, NNE. NE.

Han ocurrido muy pocas variaciones en el estado de la salud pública; siguen siendo muy frecuentes los estados catarrales agudos de las vías respiratorias, así como las exacerbaciones de los crónicos. Los padecimientos del corazón y de los grandes vasos han sufrido complicaciones, como los de localización del aparato renal.

La mortalidad continúa siendo menor que en iguales épocas de otros años.

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.

Ayuntamiento de Madrid

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras, Laboratorio Pesqui. Prim, 25. San Sebastián.

Crónicas

Los farmacéuticos de Navarra y el gobernador.—Lee-mos en *El Sol* el siguiente parte:

«Pamplona, 14 El gobernador ha advertido a la Junta directiva del Sindicato farmacéutico que no tolerará el *boicot* acordado contra varios farmacéuticos que se negaron a sindicarse. Se supone que el Sindicato será disuelto».

El tifus en Nueva York.—El comisario del Servicio de Higiene de Nueva York ha decretado que las personas que entren en aquel puerto, deberán sufrir un minucioso reconocimiento a causa de la epidemia de tifus reinante en la actualidad.

Desde 1.º de febrero se han registrado en Nueva York 39 casos, y 20 de ellos se han producido a bordo del vapor italiano *San Giuste*, que llegó recientemente.

Cursos especiales de la Facultad de Medicina de Madrid.—El claustro de la Facultad de Medicina de Madrid, en uso de las atribuciones que le otorgan las actuales disposiciones ministeriales, ha acordado por unanimidad invitar a los doctores D. Jaime Ferrán, D. Luis Sayé, don Gregorio Marañón y D. José Verdes Montenegro para que expliquen cada uno un *Curso de lecciones* sobre temas especiales a su elección, durante el año académico actual.

El curso del doctor D. Luis Sayé, de Barcelona, acerca de «Anatomía patológica e imágenes radioscópicas de la tuberculosis pulmonar» con gran número de proyecciones, preparaciones anatómicas, etc., tendrá lugar en la Facultad de Medicina de Madrid desde el día 2 hasta el día 12 del próximo mes de marzo.

Índice.—Al presente número acompañamos el índice correspondiente al año 1920.

Oposiciones a médicos inspectores provinciales de sanidad.—En la *Gaceta* del 3 de febrero; instancias hasta el 21 de marzo. Se cubrirán nueve vacantes, quedando como aspirantes los aprobados sin plaza. Obra única por los Sres. Ferrán, Delgado y Campos, 60 pesetas.—Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

Telegrama de gratitud.—El presidente de la Federación de Colegios Médicos, Sr. Sanchís Bergón, ha dirigido al Sr. Bugallal el siguiente telegrama:

«Ministro Gobernación.—En nombre Colegios Médicos españoles y mío modestísimo, elevo a V. E. testimonio ferviente gratitud por modificación Estatutos que dignifican clase médica, obligada, más que nunca, a sacrificarse por salud pública en bien de la Patria. Los profesionales españoles sabrán hacer uso debido, prudente y ecuaníme de sus fueros para fortalecer funciones en Sanidad oficial, acrecentar prestigios, velar moral médica y santificar apostolado en honra de quien confió en ellos y en pro del propio decoro. Salúdale respetuosamente, doctor *Sanchís Bergón*».

CURAMOS CON ELECTRICIDAD, RAYOS X Y RADIUM, en sus diferentes formas, variedades y aplicaciones médicas, cáncer, lupus, bocios, tumores graves, reumatismo, gota, artritis deformantes, parálisis, neuralgias, neuritis y mielitis, dispepsias neuromotrices, colitis mucomembranosa, graves afecciones de la piel o cuero cabelludo, ci-

catrices deformes y enfermedades crónicas, imposible mejorarlas con ningún otro medio. Instituto Radiumterápico, Princesa, 58.

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.



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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



Preparado por

JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO

FARMACIA ROBERT - Laura 74
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE

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

TRIDIGESTINE Granulada DALLOZ

El más activo de los Polidigestivos

Dispepsias gastro-intestinales por insuficiencia secretoria.

Muestras: DALLOZ Y C^o, 13, Boul' de la Chapelle, PARIS.