

EL SIGLO MEDICO

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

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

REDACTORES:

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: La bilis: Generalidades, por el Dr. Victor Ribón.—Nuevas orientaciones en la seroterapia antineumocócica, por T. Morató Cárdenas.—El uso del alcohol propílico y de soluciones en el mismo de ciertas sustancias colorantes en la terapéutica quirúrgica, por V. Pleth.—Bibliografía, por Angel Pulido Martín.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Remitido. Sociedad Ginecológica Española.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

La bilis: Generalidades

POR EL

DR. VICTOR RIBON

:: De Bogotá (Colombia) ::

El temperamento es la característica dinámica de un individuo; en otros términos, está constituido esencialmente por las variaciones especiales del metabolismo general, a la par nutritivo y funcional.

La ley de asimilación funcional permite comprender, en efecto, las variaciones que pueden producirse fisiológicamente en los cambios y en la pérdida de energía que de ellos se deriva; tal organismo asimila los materiales externos que necesita para su nutrición, y cumple sus funciones vitales con menos pérdidas de energía que otro cualquiera; o bien sus reacciones nerviosas son más sutiles y delicadas, y, por lo tanto, su excitabilidad es mayor; de aquí se derivan los diversos temperamentos que la medicina antigua clasificaba en los siguientes tipos: sanguíneo, linfático, nervioso, bilioso, etc.

Pretenden muchos que esta clasificación no tiene ya razón de ser, y que sólo debe conservarse como recuerdo histórico; no pensamos nosotros así, y nuestra

opinión se basa en la persistencia, tanto en el lenguaje médico como en el común y corriente de los términos correspondientes a tales tipos; y decir de un individuo que es nervioso, es describirlo de la más acertada manera con este solo vocablo.

El temperamento bilioso, único que para nuestro propósito nos interesa, tiene por carácter principal no la actividad anormal de la secreción biliar, sino intensa pigmentación de los tegumentos; los cabellos y los ojos son negros, el color de la piel más o menos moreno; muy desarrollado el sistema piloso, el hígado grande y el sistema venoso predominante sobre el arterial. Tal temperamento predispone a las afecciones del hígado y a las de las funciones digestivas, como consecuencia del mal funcionamiento de esta importante viscera.

Como los individuos dotados con este temperamento son de extraordinaria energía, se ha hecho a los términos bilioso y bilis sinónimos de mal humor, de cólera y de ira; así se dice que un individuo es bilioso si se enoja con facilidad, que se le exalta la bilis, si se conmueve o se irrita, y que traga mucha bilis si sufre interiormente muchos sinsabores y contrariedades. Si estas frases se apoyan en la realidad de los hechos (aunque desfavorablemente exagerada), no sucede lo mismo con la de rebote bilioso o rebotación biliosa, que en buen español nada significa, y con la de vértigo bi-

lioso, que, la mayor parte de las veces, proviene de muchas enfermedades del estómago (*vertigo a stomacho laeso* o *vértigo estomacal*), y en especial de la dispepsia con atonía gastrointestinal; hay casos en que el vértigo se debe ciertamente a lesión hepática, más o menos grave, que entorpece las funciones digestivas, y en especial la digestión estomacal, pero no a que la bilis haya sufrido alguna alteración patológica en su composición.

Como indemnización por estos errores achacados sin fundamento a la bilis, recordemos, basándonos en la Historia, que los gloriosos genios militares que se llamaron Alejandro, César y Napoleón fueron de temperamento bilioso, y que también contribuyen a la buena fama de éste el insigne cardenal y duque de Richelieu, uno de los más grandes políticos de Francia y fundador de la Academia francesa, y Thamfort, espiritual y distinguido literato, compatriota suyo, que se suicidó en París, en 1794, con el fin de no ser arrestado por los Jacobinos.

Por su parte, la Mitología de los madagascarios rinde homenaje de admiración al temperamento bilioso, ya que, según ella, es Bilis, demonio de séptimo orden (ascendiente, se entiende), quien goza del singular y colosal poder de desviar el curso de los arroyos y de los grandes ríos. ¡Este solo acertado detalle basta para comprobar que dicha mitología es digna de equipararse, en lo que respecta a la propiedad en los símiles, con las demás, excepto con la griega, que excede en ingeniosidad a todas!

* *

La bilis es una materia líquida, amarillenta o amarillo-verdosa, segregada por el hígado, y que coopera a la digestión...; pero siendo este líquido salvador tan conocido por sus propiedades físicas y químicas, como los reactivos capaces de demostrar su presencia en la sangre o en cualquier otro fluido orgánico, pasemos a ocuparnos inmediatamente del papel que desempeña en la digestión: la bilis *no es un jugo digestivo* porque no encierra diastasas capaces de obrar sobre los alimentos; la pequeña cantidad de amilasa que se ha señalado en ella puede ser considerada como despreciable; pero cumple un papel indirecto en la digestión al obrar sobre la actividad de los jugos gástrico y pancreático. La bilis disminuye y puede suprimir la acción péptica del jugo gástrico, y por esta razón es uno de los elementos que en el duodeno terminan la digestión (decimos uno de los elementos, porque la actividad péptica es suprimida igualmente por la alcalinización del quimo por las secreciones intestinales). La bilis favorece, al contrario, las acciones diastásicas del jugo pancreático, no añadiéndole diastasas, de que carece (y porque obra del mismo modo aun después de haber sido hervida), sino creando un medio favorable a la acción de las diastasas pancreáticas.

Se ha atribuido a la bilis una *acción antiséptica*, partiendo de un hecho clínico mal interpretado: las heces

de los enfermos ictericos son de un olor infecto, que algunos fisiólogos han hallado en las de los perros portadores de fístula colecística; en realidad, la bilis carece de propiedades antisépticas, como lo han demostrado experiencias directas: la fetidez de las heces cuando ella falta se debe a las perturbaciones intestinales concomitantes; pero si se suprimen las grasas en la alimentación, o se las suministra emulsionadas, las heces no presentan fetidez en los ictericos, ni en los perros provistos de fístula biliar. Además, la orina en ambas circunstancias está exenta de la abundancia excesiva de las sales de los ácidos sulfoconjugados, testigos urinarios de las fermentaciones intestinales.

* *

La bilis es tóxica, *a pesar de que es reabsorbida casi en su mitad en los individuos que gozan de cabal salud*. Bidder y Schmidt han calculado, por una parte, la cantidad de azufre contenida en toda la bilis segregada (en veinticuatro horas 500 a 1.000 gramos), y, por otra, la que es eliminada en el mismo lapso; y han reconocido que ésta no representa sino los tres quintos de aquélla, lo que demuestra que los dos quintos de la bilis secretada pasan a la circulación, *pero no se acumulan en los sujetos sanos porque se eliminan por la orina*: los accidentes no sobrevienen sino cuando las funciones renales se cumplen mal, lo que se verifica en las icterias graves, a causa de las alteraciones que provoca en los riñones la eliminación de los venenos biliares y la de los que en estas condiciones fabrica secundariamente el organismo influenciado por la desasimilación imperfecta, porque, bien sabido es, que el hígado contribuye en estado normal a perfeccionar los materiales de la desasimilación, transformando sus materias coloides en materias cristaloides dializables.

* *

La bilis de los animales recibe diversas aplicaciones en las industrias y en las artes, y a ella recurren en muchas ocasiones la Farmacia y la Terapéutica; bien conocidas son en este ramo del arte de curar las propiedades colagogas de la hiel de buey que aumenta, pero hace más espesa, la bilis humana; esta última circunstancia la contraindica, cuando lo que importa ante todo es fluidificar la secreción hepática.

La bilis purificada se usa para embadurnar dibujos a fin de impedir que se borren, para preparar tinta china y para desleir colores finos para acuarelas. Los colores así preparados se adhieren bien al papel, se difuminan bellamente y no presentan reflejos perturbadores.

Frotando el marfil con bilis puede pintarse después en él como sobre papel: de la misma manera se usa la bilis para embadurnar el papel barnizado, o untado de aceite, que ha de servir para pintar en él imágenes transparentes.

Bogotá (Colombia), junio 1920.

BIBLIOGRAFIA

- «Nouveau Larousse illustré».
 Espasa. «Enciclopedia universal ilustrada europeo-americana».
 Hallopeau. «Pathologie générale».
 Arthus. «Éléments de Physiologie».
 Monlau. «Zoología».
 Milne Edwards y Tomte. «Zoología».

Nuevas orientaciones en la seroterapia antineumocócica.

POR

T. MORATÓ CÁRDENAS

Director de la Estación Sanitaria del puerto de Castro Urdiales.

La seroterapia antineumocócica ha constituido en el tratamiento de la neumonía lobar, hasta una época relativamente cercana, uno de los más ruidosos fracasos de la seroterapia. Desde el comienzo de obtención por Klemperer (1) de sueros inmunes contra el pneumococo, se observaron marcadísimas diferencias entre la manera eficaz con que protegía a los animales de laboratorio—ratones—en las condiciones experimentales, a su comportamiento nulo o mediocre cuando se trataba de aplicar para usos clínicos.

Posteriormente investigaciones realizadas por distintos autores y especialmente por De Reuzi (2), Washbourn (3), Pane (4) Mc Farland y Lincoln (5), dieron análogos resultados, permaneciendo, por tanto, ocultas las causas de este fracaso y no explicándose, satisfactoriamente al menos, este distinto proceder del suero inmune.

En una época cercana Neufeld y Händel (6) empezaron a ver un poco más claro en estas cuestiones y creyeron que la ineficacia del suero antineumocócico era debida a factores que hasta entonces no habían sido tenidos en cuenta.

De una parte, al empleo de sueros de bajo título; de otra, a lo poco adecuada de su vía de administración—inyección subcutánea, generalmente—y, por último, a la falta de correspondencia del suero con la raza de pneumococo que había invadido el enfermo. Esto aparte, claro está, del grupo numeroso, sin duda alguna, en que por una observación clínica poco cuidadosa o por no ser ayudada con los métodos bacteriológicos, se realizaban inyecciones de suero específico en enfer-

mos que no eran atacados de neumonía lobar debida al pneumococo como agente productor, sino por otros gérmenes que pudieran dar una imagen morbosa parecida, pero que no encontrarían beneficio con dicho tratamiento.

La principal razón, a mi modo de ver, de tan desfavorables resultados, ha sido la demostración hecha ya sin ningún género de duda de que en la especie pneumococo hay que distinguir varios tipos; algunos de éstos con varios subgrupos y que el cuidadoso estudio de los mismos ha confirmado que sólo reaccionan bien, con el suero que ha sido obtenido por inmunización de los animales con el mismo tipo de microorganismo.

Estas diferencias entre los distintos pneumococos habían sido ya notadas por algunos bacteriólogos; Krusse y Pansini (1) observaron en sus primeros estudios sobre estos gérmenes, marcadas diferencias en cuanto a su morfología, facilidad de crecimiento en los distintos medios artificiales, formación y características de la cápsula. Las reacciones con los sueros inmunes y especialmente la aglutinación, fueron utilizadas con éxito para la más neta diferenciación de unos y otros. Los trabajos fundamentales de Dochez (2) y Gilleap señalan una intensa era de investigaciones realizadas por muchísimos bacteriólogos (Dochez y Avery (3), Cole (4) Pisek y Pease (5), Cole (6), Stillman (7), Lister (8) entre otros muchos, cuyo resultado final—con ligeros variantes en algunos—ha sido el admitir, hasta ahora—sin perjuicio de que se amplie—, la existencia indudable de cuatro tipos de pneumococos claramente diferenciados unos de otros, aparte de algunos caracteres menos marcados y menos constantes por su distinto comportamiento en el fenómeno de la aglutinación (Tipos I, II, III y IV de Dochez; I, II, III, IV y V de Lister).

El tipo III lo consideran la mayor parte como constituido por el pneumococcus mucosus (streptococcus mucosus capsulatus de otros autores.) El grupo IV, es un grupo misceláneo donde se incluyen todos los gérmenes que no tienen cabida en los tipos anteriores.

Es cierto que aun antes de demostrarse estas diferencias, se habían obtenido sueros polivalentes que, al parecer, darían buenos resultados en terapéutica humana; esta hipótesis hay que desecharla actualmente, puesto que la pretendida polivalencia de tales sueros no era debida a que se empleasen para la inmunización distintos tipos de pneumococos, sino pneumococos de distintas procedencias y ya sabemos que éstos, aun siendo originariamente distintos, pueden pertenecer al mismo tipo. Dígalo sino los tres subgrupos (A,

(1) KRUSSE UND PANSINI.—*Zeitschrift für Hygiene*, 1892; XI, página 279.

(2) DOCHÉZ.—*Journ. Experim. Med.*, 1912; T. XVI, pág. 680.

(3) DOCHÉZ AND AVERY.—*Journ. Americ. Med. Associat.*, 1913; LXI, pag. 727.

(4) COLE.—*New York Medic. Journ.*, 1915.

(5) PISEK AND PEASE.—*Americ. Journ. of the Med. Sci.*, 1916; CLI, 14.

(6) COLE.—*Journ. Exp. Med.*, 1917; XXIV, núm. 4, pág. 56.

(7) STILLMAN.—*Journ. Exp. Med.*, 1917; XXVI, pág. 513.

(8) LISTER.—*South Afric. Instt. for Med. Research. Publicat.*, 1 octubre, 1916.

(1) KLEMPERER.—*Berlin. Klinis. Wochenschr.* 189, números 34 y 35

(2) DE REUZI.—*Il Policlinico*, octubre, 31 1896. Lupl.

(3) WASHBOURN.—*Brit. Med. Journ.*, febrero, 27. 1897; pág. 510.

(4) PANE.—*Centralblat. f. Bakt. u. Parasitenk.*, mayo, 20, 1897; 7 g 18.

(5) FARLAND AND LINCOLN.—*Journ. Amer. Med. Assoc.*, diciembre, 16, 1899, pág. 1.534.

(6) NEUFELD UND HÄNDEL.—*Zur Frage d. Serumtherap. d. Pneumonie und d. Westbestimmung d. Pneumokokkenserums*. Berlin Klin. Woch., 1912; pág. 683.

B y C) que dentro del pneumococo, tipo II, considera Stillman (1) enriquecidos, actualmente, por este mismo bacteriólogo con otros nuevos subgrupos que los hacen ascender hasta 12 (2); se comprende fácilmente que la polivalencia no podía existir en tales sueros, puesto que sería muy fortuito el que precisamente los gérmenes empleados fuesen todos de distinto tipo, única condición en que pudiese obtenerse un suero en las condiciones indicadas.

Será, pues, condición precisa y necesaria para un tratamiento sérico eficaz, la determinación del tipo de pneumococo que alberga el enfermo. Y esta investigación no sólo es necesaria para lo indicado anteriormente, sino para el pronóstico del caso; de todos los tipos, es el tipo III el que produce una mayor mortalidad; las diferencias, por lo que a esto se refiere, entre los otros grupos varía poco. Quizás algo mayor en el grupo IV. En todos ellos se ha tenido en cuenta realizar el porcentaje con enfermos no tratados con el suero específico.

Dejo para el final del artículo la manera de investigar con facilidad el tipo del pneumococo. Hablaré ligeramente ahora del mecanismo de acción del suero. Es este mecanismo de carácter eminentemente bacteriotrópico (Händel); también se ha señalado una acción lítica y antitóxica, aunque muy atenuadas ambas para poderlas considerar jugando un importante papel en la inmunidad.

Relacionado con la fagocitosis está el hecho que la sangre total de los animales inmunes, impidiendo su coagulación, se muestra más eficazmente bactericida (incluyendo en esta palabra su acción bacteriotrópica, aglutinante y lítica) para el pneumococo que el suero sanguíneo de dichos animales. Solís Cohen (3) Bull y L. Bartual (4), atribuyen este efecto principalmente a la existencia de fagocitos; esto lo prueba el hecho que los gérmenes se desarrollan mejor en suero sanguíneo, que en sangre desfibrinada y en ésta mejor que en la sangre total.

Los mismos fenómenos se observan también cuando al animal se confiere inmunidad pasiva.

Pero si estas acciones son interesantes para explicarnos, en parte, la acción del suero sobre los pneumococos, ¿no debemos tener en cuenta otros factores que en estas y en otras infecciones de naturaleza análoga, jugarían una preponderante acción para la producción de la inmunidad? ¿No es lógico presumir que el problema es más complicado ya que la inmunidad no es de tipo antitóxico sino antimicrobiano, es decir, de una complejidad biológica mayor?

(1) STILLMAN.—*Journ Experiment. Medic.*, 1917; XXVI, núm. 1, página 67.

(2) STILLMAN.—*A study of atypical type II pneumococci. Journ. of Exper. Med.*, XXIX, f. 3, marzo, 1919; págs. 251-258.

(3) SOLÍS COHEN.—*The bactericidal action of the whole blood of rabbits following inoculation of pneumococcus. Journ. of Immunology*, Julio, 1919; 147-166.

(4) BULL AND L. BARTUAL.—*Pneumococcus cultures in whole fresh blood. Journ. of Exper. Med.* T. XXXI fasc. 3, págs. 233 y 252, marzo, 1920.

Para que el organismo infeccioso triunfe (me refiero especialmente a las infecciones del tipo de la neumonía), es necesario no solamente que viva, sino también que se multiplique extraordinariamente. Es de necesidad, para ello, que le aporten materiales los tejidos del huésped y que, los gérmenes a su vez, verifiquen en los mismos ciertos cambios, los metabolice, en una palabra, para que así desintegrados puedan convertirse en albúmina propia del germen. ¿Ejercería el suero específico una inhibición sobre este poder del protoplasma bacteriano de metabolizar los soportes nutritivos del medio?

En algunas especies de microorganismos, esta propiedad antienzimática del suero específico había sido observada. El bacilo piocianico tratado por el suero correspondiente le vuelve incapaz de producir su pigmento característico (Gheorghiewsky (1)); el poder de disolver la gelatina del estafilococo áureo, desaparece también por la acción del suero inmune (V. Dungen (2)); el pneumococo tratado en igual forma pierde la propiedad de formar metahemoglobina.

El suero antineumocócico tiene también intensamente desarrolladas propiedades antienzimáticas, las cuales impiden o vuelven extraordinariamente difícil el desmoronamiento de las sustancias nutritivas (nitrogenados é hidrocarburos) y comprometiendo, por tanto, la vitalidad del germen.

Experiencias realizadas en este sentido por Dochez y Avery (3), evidencian esta nueva forma de inmunidad que los autores designaron con el nombre de *antiblastic immunity*. Para ello, se han valido de pneumococos tipos I y II que los hacen vegetar en caldo adicionado de suero homólogo, suero heterólogo y suero normal de caballo.

La desintegración de la molécula albuminoidea ha sido estimada por la cantidad de nitrógeno aminado—método de Van Slyke—contenida en el medio después de veinticuatro horas de incubación.

En el tubo adicionado con suero homólogo, la cantidad de amino-ácidos era escasísima, casi nula, indicio que el suero había inhibido la desintegración proteica. Había muy ligera disminución en el metabolismo albuminoideo en el tubo del suero heterólogo y no era influenciada en el suero normal.

La fermentación del azúcar, especialmente la inulina no se verificaba si al cultivo del tipo de pneumococo se le añadía el suero homólogo. Los restantes azúcares que ataca más intensamente—glucosa, lactosa y sacarosa—según siendo fermentados, aunque el proceso era más lento y no muy intenso.

En los individuos afectos de neumonía lobar, estas sustancias inhibitorias de la proteolisis y glicolisis se han demostrado claramente. Aparecen en la crisis de la neumonía coincidiendo su aparición con la de sustancias bacteriotrópicas

(1) GHEORGHIEWSKY.—*Annal de l'Institut Pasteur*, 1899; XIII, página 298.

(2) DUNGEN.—*Centralblat. für Bakt. 1 te Ab. Orig.*, 1898.

(3) DOCHEZ AND AVERY.—*Antiblastic immunity. The Journ. of Exp. Medic.*, January, 1916, Vol. XXIII, núm. 1, págs. 61-68.

Se observa también en este mecanismo especial de inmunidad que ha de abrir ancho camino para el estudio de la misma en otras enfermedades, la absoluta precisión de la determinación del tipo de pneumococo. Las propiedades antienzimóticas del suero son específicas solamente para el mismo tipo.

¿Cómo determinar esto, con un procedimiento sencillo, de fácil técnica, de suficiente precisión y al mismo tiempo rápido? Indicaremos algunos entre los más corrientes y que tienen mayor aceptación. Es indispensable tener en nuestro poder sueros testigos de los tipos I, II y IV. En la práctica basta con esto; además, el tipo III no ha producido en los animales, incluso monos (*macacus syriacus*), sustancias defensivas; el tipo IV es un grupo complejo no muy bien estudiado todavía.

La rapidez de estos métodos viene condicionada porque no es necesario hacer la siembra del esputo en medios de cultivo para aislar el germen, retrasando la determinación de treinta y dos a cuarenta y ocho horas por lo menos. La multiplicación se busca sólo por la inoculación del esputo pneumónico en el peritoneo de un animal sensible (ratón o conejo común) o se deshecha este enriquecimiento en el animal, haciéndose la determinación directamente en el esputo (técnica de Mitchell y Muns (1)).

He aquí uno de los métodos que exige animal susceptible: una partícula de esputo pneumónico lavada ligeramente en solución fisiológica es inoculada en la cavidad peritoneal de una rata o conejo. A las cuatro o cinco horas hay una gran multiplicación de gérmenes (que se puede comprobar haciendo una punción peritoneal con una pipeta capilar). El animal entonces es sacrificado; el fluido peritoneal extraído, con 4 o 5 centímetros cúbicos de solución fisiológica, se deposita en un tubo y es centrifugado rápidamente; se precipitan los elementos celulares (endotelio, leucocitos, redes de fibrina) quedando un líquido opalescente; se decanta en un nuevo tubo que es centrifugado hasta completa precipitación de todas las bacterias, el sedimento así obtenido, diluido en suero fisiológico se mezcla con pequeñas cantidades de suero aglutinante (tipo I, II y IV). Se llevan a la estufa y después de incubación (doce a diez y ocho horas), se observa en cuál tubo existe aglutinación y el suero a que corresponda será el que debe emplearse. Tiempo de todas estas operaciones: diez y ocho a veintitrés horas.

Blake (1) piensa que el método anterior de aglutinación tiene el inconveniente de que ésta puede enmascararse algo si en el esputo existen en suficiente cantidad otros gérmenes, especialmente el bacilo de Pfeiffer. Además exige la permanencia en la estufa retrasando, por consiguiente, un tiempo no despreciable el resultado final. Para obviar esto, Blake busca la acción precipitante del suero específico que reúne

a la ventaja de no ser influenciada por otros gérmenes, la de que su lectura se verifica rápidamente.

Una partícula del esputo es inoculada como en la técnica anterior; la serosidad peritoneal extraída con 4 ó 5 centímetros cúbicos de S. F., depositada en un tubo y rápidamente centrifugado; el líquido claro que sobrenada se deposita a la dosis de 0,5 centímetros cúbicos en pequeños tubos y a cada uno se añade 0,5 centímetros cúbicos de cada tipo de suero. Un precipitado se produce en el tubo que contiene el homólogo antisuero; los demás permanecen claros.

Mitchell y Muns hacen la determinación directamente en el esputo; próximamente 5 centímetros cúbicos del mismo son puestos en un pequeño mortero con arena fina, lavada y estéril; se tritura hasta hacer una pasta espesa y uniforme entonces se añade en el mortero 10 centímetros cúbicos de S. F. en dos veces triturándolo bien. Se deja sedimentar la arena y se decanta el fluido que se coloca en un tubo. Otros 10 centímetros cúbicos de S. F. son añadidos en igual forma y también dispuestos en un tubo. Realizada una rápida centrifugación del líquido claro así obtenido, se deposita 1 centímetro cúbico en cada uno de tres pequeños tubos; después se añade 0,2 centímetros cúbicos por tubo del suero correspondiente (I, II y IV). Se lleva a la estufa y se observa en cuál hay precipitación.

Los autores han realizado esta prueba en 69 espustos; han visto sus resultados concordar con los otros procedimientos. Tiene además la gran ventaja del poco tiempo necesario para la práctica del mismo (dos horas todo lo más).

La inoculación del esputo observando los efectos protectores del suero que se inyecta al mismo tiempo, como aconseja Simón (1), tiene también el inconveniente que exige bastante tiempo.

Nosotros hemos empleado el método de Mitchell y Muns y el de Blake con resultados satisfactorios, mejor por su rapidez el primero. (Sueros testigos suministrados por el Instituto Pasteur, de París).

La eficacia del empleo de sueros estrictamente homólogos, ha sido comprobada en las condiciones de experimentación (desaparición de los pneumococos de la corriente sanguínea, descenso del pulso y de la temperatura, atenuación del estado tóxico) en los monos por Russell L. Cecil y Blake (2); en el hombre se han obtenido mejorías muy manifiestas y hasta crisis abortivas, sobre todo cuando su aplicación es precoz.

En época reciente habla en favor de esta, hasta ahora postergada, seroterapia, entre otros Cruveilhier (3), que aconseja el empleo de grandes dosis y, a ser posible, por vía endovenosa. En igual sentido se expresa U. Friedmann (4).

(1) Simón.—*Infection and Immunity*. Third edition, 1918.

(2) Russell, L. Cecil and Blake.—*The Journ. of Exper. Med.*, vol. XXXII, núm. 1, Jull, 1920.

(3) Cruveilhier.—*Act. du serum antipneum. au cours de la pneum et dans les complic. de la grippe*. Ann. Inst. Pasteur, Jouillet, 1919 (página 448).

(4) U. Friedmann.—*Ueber Serumtherap. der Grippepneumon. deutsch*, Medic Wochens, 21, noviembre, 1913; pág. 1.293.

(1) MITCHELL AND MUNS.—*Journ. Med. Research*, 1917; XXXII número 2 págs. 3-39.

(1) Blake.—*Journ. Exper. Med.*, 1917; XXVI, núm. 1, pág. 87.D

RESUMEN.

1.º La determinación del tipo de pneumococo es condición indispensable para una seroterapia específica eficaz.

2.º Esta última se muestra marcadamente activa para los grupos I y II menos para el IV; ella no puede verificarse en los enfermos invadidos por el grupo III, porque hasta el presente no se ha podido producir anticuerpos en los animales inoculados.

3.º El tratamiento debe verificarse lo más rápidamente posible, con grandes dosis de suero hasta 100 centímetros cúbicos y más por día y en inyección intravenosa.

4.º La acción del suero es marcadamente bacteriotrópica.

5.º También debemos considerar su acción enzimática bien manifiesta actualmente.

6.º La determinación del grupo es aconsejable hacerla por su rapidez y facilidad directamente en el esputo.

El uso del alcohol propílico y de soluciones en el mismo de ciertas sustancias colorantes en la terapéutica quirúrgica

POR

V. PLETH

A. B., Ph. B., M. D., (captain, M. C., V. S. A.) Sonora California.

Traducido por E. Luengo

La acción deshidratante del alcohol en general se conoce desde hace largo tiempo. Así, el alcohol de madera (alcohol metílico) se combina con dos moléculas de agua; el de uva (etílico), con cuatro; el alcohol propílico, con ocho; el butílico, con dieciséis; el amílico, con treinta y dos, etc. Hasta la fecha sólo se ha utilizado el alcohol etílico en la técnica quirúrgica, principalmente como desinfectante de las manos (Ahlfeld). Sus propiedades albuminoprecipitantes son bien conocidas, y Beyer cree que su acción terapéutica depende de sus propiedades tóxicas, pero que estas propiedades están determinadas por la higroscopicidad del alcohol. La precipitación de los materiales albuminosos producida por los alcoholes depende de la presencia de sales (Fischer), y cuando el alcohol obra sobre las bacterias (en un medio acuoso) ocasiona una precipitación de las albúminas en la bacteria misma, y así las mata.

Se ha demostrado por diversas comprobaciones que el 16 por 100 de alcohol propílico mata las bacterias más rápidamente que el 24 por 100 de alcohol etílico el 32 por 100 del metílico; pero existe otro factor

que determina la acción bactericida, y es la tensión superficial del alcohol en cuestión. Traube y Czapek han demostrado que cuando están sin diluir, la tensión superficial es muy baja, y si se añaden al agua, la tensión de ésta queda bastante reducida. Todas las cuestiones de ósmosis y de narcosis dependen de la tensión superficial, que se calcula por medio del estalagmómetro (pudiendo emplearse, o bien el de Traube, o bien el de Amann). Si la tensión del alcohol propílico en el agua (1 en 3) es igual a 0,4, entonces el estalagmómetro acusará con esta mezcla 240 gotas de una solución de alcohol propílico al 25 por 100 a 15º c., etc., etc.

Czapek ha probado que para que un cierto número de sustancias penetre en el interior de la célula viva y produzcan su muerte deben tener una tensión superficial de 0,68. Esta cuestión de la tensión es de la mayor importancia y explica la hemólisis, según las investigaciones de Fuhner y Traube.

La tensión superficial de los eritrocitos es alrededor de 0,6; la de las células de levadura, alrededor de 0,5, y Christiansen calcula que la de las bacterias es de unos 0,4, y la de los esporos, de 0,3. La tensión superficial debe estudiarse cuidadosamente, siempre que se practiquen inyecciones intravenosas.

La baja tensión de los esporos, 0,3, explica por qué el alcohol no los mata aun con un contacto prolongado. Sobre la tensión superficial han llevado a cabo extensos estudios Duclaux, Traube, Kirch, Ramsay y Christiansen.

Wirgin llega a la conclusión de que el alcohol propílico es el de acción más intensa, y que ningún alcohol ejerce su actividad desinfectante en un objeto seco cuando está sin diluir. Christiansen ha mostrado que a 25º c. se verifica la desinfección en medio minuto con una tensión superficial de 0,45 del alcohol metílico y con 0,43 del etílico (la acetona tiene 0,42).

De todos los alcaloides solamente el propílico desinfecta a una temperatura tan baja como 0º en dilución del 30 al 100 por 100. Como antes he dicho, el alcohol sólo mata a las bacterias en condiciones de humedad. Con la tensión superficial apropiada, al penetrar en la bacteria, y ayudado por las sales del protoplasma, éste se precipita; pero el alcohol extrae además el agua del protoplasma, hecho que puede salvar la vida del germen. El matar el alcohol propílico aun a 0º indica que la acción absorbente del agua tiene lugar tan rápidamente, que sobrepuja a la acción protectora.

La precipitación del protoplasma en la bacteria depende, como ya he mencionado, de la cantidad de sales existente, y Kruse ha probado que los esporos son pobres en sales, y de aquí que el alcohol no los mate, como hace con las bacterias mismas, Saul ha logrado producir la muerte de los esporos hirviéndolos con alcohol propílico al 30 por 100. Como la tensión superficial de los esporos es muy baja (0,3) y la del alcohol propílico (al 25 por 100) es 0,4, el alcohol propílico es incapaz de penetrar en el interior de los

esporos. La propiedad desinfectante de los alcoholes depende de su tensión superficial. El alcohol propílico con su tensión propia desinfecta cuatro veces mejor que el alcohol etílico y disuelve la grasa de la piel; cuando se aplica en pincelaciones sobre ella se absorbe rápidamente, y además no produce efectos tóxicos. Sin embargo, primeramente en diluciones superiores al 35 por 100 es higroscópico (una molécula de alcohol propílico se mezcla con ocho moléculas de agua). Por tanto, las concentraciones inferiores al 35 por 100 son solamente las dotadas de poder desinfectante. Los alcoholes más superiores de la serie, como el butílico, amílico, etc., soy muy poco solubles en el agua. Las experiencias practicadas demuestran que el alcohol propílico sirve admirablemente para la desinfección de la piel por tener una tensión superficial baja, y se puede mezclar con facilidad con el agua y los lipoides; sin embargo, su empleo en cirugía ha sido hasta la fecha muy limitado. Saul esterilizó torundas hirviéndolas con 30 por 100 de alcohol propílico.

De los demás investigadores sobre el uso del alcohol para la esterilización deben ser mencionados Buchner, Fuchs y Wirgin. Respecto al alcohol propílico debe recordarse que pierde sus propiedades desinfectantes si se mezcla con más de cuatro veces su volumen de agua (diferente coeficiente de tensión superficial). El valor de los alcoholes depende de su poder de penetración en la capa de grasa de la piel, en la cual se encuentran las bacterias, y al mismo tiempo de su poder bactericida, dependiendo a su vez ambas cualidades, como ya hemos dicho, de una tensión superficial baja y de la facilidad de combinarse con el agua y los lipoides. El alcohol propílico al 50 por 100 limpia, por tanto, mejor la piel que una solución al 2 por 100 de nitrato de plata.

El alcohol etílico ha sido empleado en gran escala en cirugía, y su mejor acción parece obtenerse con una solución al 70 por 100; pero si se diluye con los líquidos naturales de la herida, pierde sus propiedades de penetración, y si se usa a concentración superior al 70 por 100, es doloroso y precipita las albúminas (Phul, Wohl), Christiansen ha examinado también la acción del suero en relación con el alcohol propílico; mezcló un cultivo en caldo de veinticuatro horas de *staphylococcus pyogenes aureus* con tres volúmenes de suero equino y a un centímetro cúbico de esta mezcla (en dos tubos de ensayo) añadió partes iguales de alcohol propílico al 5 por 100 y al 70 por 100.

Al cabo de un minuto y a 20° c. murieron todos los gérmenes; el nitrato de plata dió idéntico resultado en experiencias iguales; pero el nitrato de plata al 1 por 100 y el alcohol etílico a cualquier concentración no mataron las bacterias tan rápidamente. El mejor alcohol propílico parece ser el de Kahlbaum (u-propyl alcohol); en Norteamérica, Eimer & Amend Company de Nueva York, proporciona también un buen producto.

Hemos utilizado la propiedad de disolver la grasa

del alcohol propílico para la desinfección de las manos. Se cepillan éstas con los ordinarios cepillos de mano esterilizados, empleando agua caliente y jabón verde de Castile, y varios cepillos cada vez. Entonces se aplica alcohol propílico al 50 por 100 al espacio subuagual, y después el mismo alcohol al 25 por 100. Finalmente, toda la mano se cepilla con alcohol propílico al 50 por 100. La piel queda así seca, pero blanca y flexible. Con este método hemos operado sin emplear guantes un gran número de enfermos, sin señal de infección de ninguna clase, empleando tanto la seda como el catgut para las ligaduras y suturas. Bevan en su «Cirugía general» menciona la prueba de Haegler, empleando tinta china líquida para comprobar la esterilización perfecta. Al parecer, el cutis más delicado puede tolerar el uso del alcohol propílico a la concentración aquí empleada, y el autor y sus ayudantes lo han empleado siempre con buenos resultados hasta en los casos más sucios imaginables.

En el tratamiento de las heridas se ha obtenido el mejor resultado con alcohol propílico.

Habiendo empleado el autor las varias sustancias colorantes en el tratamiento de las heridas durante un número de años, pensó utilizarlas disueltas en alcohol propílico al 25 por 100, y así las ha empleado muchas veces en simples soluciones, como, por ejemplo, verde malaquita al 2 por 100, con o sin la adición de una cantidad igual de cloruro mercúrico (1 por 100 o 2 por 100) en alcohol propílico al 25 por 100. El verde malaquita en alcohol propílico sin la adición de cloruro mercúrico parece obrar igualmente bien. Tildes había empleado con anterioridad estas sustancias disueltas en alcohol etílico al 80 por 100. La mezcla de cloruro mercúrico y verde malaquita forma un compuesto doble de una molécula de malaquita y dos de mercurio; se forma así un compuesto blanco que resulta invisible en la herida; pero, no obstante, actúa y conserva su actividad.

Además del verde malaquita han sido empleados (Ehrlich) otros cuerpos del grupo del diamidotrifetilmetano (verde brillante en solución en alcohol propílico al 25 por 100 en el tratamiento de las heridas (Dakin, Browing). Nosotros hemos empleado igualmente las fuchinas, el cristal violeta y violeta de metilo (Dryer); nuestras observaciones nos han enseñado que las heridas infectadas, tratadas con el alcohol propílico o con ciertas materias colorantes en él disueltas, curan más rápidamente que cuando se emplean el método de Carrel u otros. En las infecciones cutáneas, sobre todo, se obtuvieron excelentes resultados con la solución alcohólica de fuchina. El alcohol propílico ha sido empleado en odontología para desinfectar rápidamente los canales de la raíz, y obra rápidamente a causa de sus propiedades deshidratantes.

En muchos casos de fistulas de larga fecha el alcohol propílico ayuda decididamente para establecer una cura rápida, practicando pincelaciones primero con alcohol propílico al 50 por 100 en toda la longi-

tud del trayecto, y después con una solución de verde malaquita en alcohol al 25 por 100; cuando se seca ésta se llena la fístula con la mezcla de Calot, a la que se ha añadido una pequeña cantidad de verde malaquita.

Varios casos de pleuresía purulenta fueron tratados por la punción, seguida de inyección; a través del trocar, de una onza o más de una solución de violeta de metilo en alcohol propílico, repitiéndose el tratamiento algunos días más tarde si fuera necesario. En muchas ocasiones no fué necesaria más que una punción, y rara vez se necesitaron más de tres.

Varios casos de infección de la articulación de la rodilla fueron tratados por la libre evacuación del líquido, lavando la cavidad articular con éter, y finalmente inyectando una pequeña cantidad de solución de violeta de metilo en alcohol propílico al 25 por 100 y dejando la herida sin drenaje. Un caso de infección de la articulación de la rodilla, a consecuencia de una herida penetrante por bala de Mauser, se trató por la simple evacuación del líquido con un pequeño trocar e inyectando violeta de metilo en alcohol propílico por el mismo trocar; no pudo proporcionarse éter en aquel momento; la herida se dejó sin drenaje, y el enfermo curó, quedando la articulación perfectamente útil.

Otro caso de interés es el de un soldado con una herida infectada, después de una carga a la bayoneta, en el brazo y partes blandas del tórax, que había resistido durante más de tres meses el método de desinfección por el hipoclorito; tratada con la solución de verde malaquita en alcohol propílico (25 por 100) y otros días simplemente con alcohol propílico al 25 por 100, pincelando además la piel de alrededor con alcohol propílico al 50 por 100, en menos de dos semanas se dominó la supuración, y la fístula que quedó se llenó con la mezcla de Calot, cerrando con una sola cura.

Parece que el n. alcohol propílico tiene un gran porvenir en el tratamiento de las afecciones cutáneas. Los casos de blastomycosis de las manos respondieron rápidamente al n. alcohol propílico, habiendo resistido todos los demás tratamientos durante meses. También curaron por completo varios casos de actinomicosis. Un gran número de casos de infecciones del cuero cabelludo respondieron rápidamente a las aplicaciones de sustancias colorantes disueltas en alcohol propílico al 25 por 100. Se aplican en extensas áreas de piel compresas humedecidas con n. alcohol propílico al 25 por 100 durante algunos días, sin que se observe ningún efecto irritativo.

He llevado a cabo numerosos experimentos sobre la desinfección de la seda para suturas por la inmersión en n. alcohol propílico al 25 y 50 por 100, con o sin la adición de sustancias colorantes. Al 25 por 100 solo, sin adición de sustancias colorantes, he obtenido buenos resultados; el método consiste sencillamente en colocar la seda en la solución elegida durante una semana como término medio. La seda así tratada ha

sido utilizada extensamente en sutura, sin tener que lamentar ninguna dificultad. He tratado varios cientos de casos de heridas infectadas de mayor o menor gravedad que no pueden enumerarse en un artículo como éste, en los que los resultados han sido sorprendentes, ahorrándose además con este método un tiempo considerable en la desinfección de las heridas, por lo cual es digno del uso general.

BIBLIOGRAFÍA

Siluetas de médicos y libros de antaño, por el doctor Sánchez de Rivera.

El doctor Sánchez de Rivera, muy distinguido especialista en enfermedades de las vías urinarias, donde acreditan su labor estudios y libros originales y llenos de doctrina, es, al mismo tiempo, un espíritu culto, un artista adorador de las buenas letras y un entusiasta de España y de sus glorias.

En estos tiempos de luchas mezquinas, de exhibiciones y reclamos industriales, ha tenido el gesto desinteresado de publicar un lujoso tomo dedicado a médicos y a libros médicos antiguos, casi todos anteriores o contemporáneos del César Carlos V.

Después de los diarios ajetreos con los enfermos —dice—, venimos a reposar a estos libros, que son, como las viejas catedrales nuestras, todo tranquilidad y armonía dentro del arte puro.

La impresión que le producen los clásicos de la Medicina española la compara a «la sensación que nos dan hoy esos muebles severos, de líneas firmes, expresivas, que parecen hablarnos de las almas de acero que se guardaban en aquellos cuerpos forrados de cota, como broquelándose contra malsanas influencias que del exterior pudieran venirles. Que por algo un escritor de la época, hablando de aquellos nuestros antecesores, decía que, hasta en sus vicios, eran señoriales y caballeros a la usanza castellana».

En este libro, el doctor Sánchez de Rivera trata de Arnaldo de Villanova; del libro «Epilogo en Medicina y Cirugía conveniente a la salud»; de Julián Gutiérrez, y su «Cura de la piedra y dolor de la ijada y cólico renal»; de «La nueva filosofía de la naturaleza del hombre», de Doña Oliva Sabuco; de Raimundo Lulio; de Andrés Laguna; del libro de Diego Cisneros sobre la ciudad de Méjico; del tratado de Alfonso Chirino, «Menor daño de Medicina»; del libro del Bachiller Francisco Martínez, sobre la dentadura; del Compendio de Medicina de Ketham; del doctor Villalobos; de la Medicina infantil de Omniboni Ferrarii y de los diálogos eruditos, de Pedro Mexia; y dejó para lo último, aunque en la obra de Sánchez de Rivera no lo está, el Centón epistolario del Bachiller Cibdarreal, donde hay un párrafo tan jugoso, tan fuerte, tan conciso, tan lle-

no de emoción, dentro de su sobriedad, que no me resisto al deseo de copiarlo porque entiendo que, al transcribirlo, rindo el mayor tributo al gusto depurado de Sánchez de Rivera, y avaloro las páginas de este periódico.

En la carta (CIII) de Cibdarreal al Arzobispo de Toledo, le da cuenta del prendimiento, prisión y muerte del Condestable don Alvaro de Luna, y descubre así la escena del suplicio:

«... le sacaron para el cadahalso. El delante le iban pregonando así a la letra: Esta es la justicia que manda facer el Rey nuestro Señor a este cruel tirano usurpador de lo de la Corona Real, en pena de sus maldades: mandale degollar por ello... El llegado al cadahalso, fizo reverencia a la Cruz que sobre un paño negro estaba: e luego miró un poco el garavato de fierro que en un palo estaba... e se paseó por el cadahalso, ca parece estuvo dudando si fablaría al pueblo o si callaría... El verdugo le quiso con un cordel atar ambas las muñecas: e don Alvaro sacó del seno una cinta, e se la dio para que le atase. El le demandó si el garavato era para meter en él su cabeza, e le dixo de sí... El luego se comenzó a componer la ropa, e descubrió el collar e se tendió en el paño del cadahalso; e el verdugo le costó con gran sotileza el garguero de primero para matarlo de súbito, porque menos dolor sintiera, e luego de vagar le acabó de cortar la parte de acia el cogote... El así acabó sus días este caballero tan levantado e tan abatido de la fortuna...»

Mis felicitaciones al doctor Sánchez de Rivera, que nos da una muestra de sus variados talentos, y a los amantes de la buena literatura, que tienen un nuevo libro donde delectarse, cosa hoy rarísima.

ANGEL PULIDO MARTIN

Periódicos médicos

APARATO DIGESTIVO

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Los gusanos intestinales en la patología del tubo digestivo, por M. Labbé.—Desde hace algunos años, los parasitólogos han tratado de establecer el papel importante que los gusanos juegan en la patología del intestino. Metchnikoff los relacionó con algunos casos de apendicitis; Guiart los coloca en la etiología de la apendicitis y de la fiebre tifoidea.

La práctica abundante de los exámenes coprológicos ha hecho ver la frecuencia de las relaciones entre los vermes y las enteritis. Actualmente se conoce bien la sintomatología de ciertas helmintiasis, como los trastornos ocasionados por las tenias, los oxiuros y los anquilostomas. Pero existe toda una patología helmíntica poco conocida y relativamente frecuente, que afecta los síndromes más variados; la acción irritativa de los gusanos sobre los plexos nerviosos abdominales

da lugar a síndromes que simulan diversas afecciones dolorosas del abdomen, tales como los cólicos hepáticos, pancreáticos, la apendicitis, gastralgia, hiperclorhidria.

De todos los gusanos, el más común en Francia es el tricocéfalo; es tan frecuente, que hasta se ha podido dudar de su poder patógeno. Los oxiuros provocan, más a menudo de lo que se cree, trastornos digestivos en relación con la persistencia del parásito en la parte superior del tractus intestinal; los áscaris rara vez producen accidentes graves. Los trastornos digestivos por los vermes a veces son de una banalidad tal, que sólo el examen sistemático de las heces puede permitir el diagnóstico; se trata, por lo general, de malestar o de dolores abdominales de aparición irregular, con alterativas de diarrea y de estreñimiento, una temperatura subfebril y enflaquecimiento. Otras veces los gusanos producen una colitis crónica tenaz, con crisis diarréicas repetidas, crisis de diarrea biliosa o crisis disenteriformes. La tenia provoca a veces un síndrome de hiperclorhidria típica con dolores tardíos y conservación del apetito.

El diagnóstico se funda en el examen macro y microscópico de las heces, preferentemente después de centrifugación; para darse cuenta de la importancia de la infestación intestinal, será conveniente la numeración de los huevos en una cantidad conocida de materia fecal. El tratamiento debe ser intensivo y prolongado. Se expulsan fácilmente los gusanos grandes, como las tenias y los áscaris. Pero los más pequeños, anquilostomas, oxiuros, tricocéfalos, son bastante tenaces. El timol y el calomelano son los medicamentos que ejercen mayor influencia sobre ellos; pero hace falta repetir el tratamiento durante algún tiempo.

(Bull. de l'Acad. de Med., núm. 1; 4 enero 1921. — Luengo.

RADIOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

I. Rbdomiome de la nariz.—El doctor Jorge S Reitter comunica el siguiente interesante caso:

«Una niña de catorce años, que ingresó en el Instituto Radiológico de Indiana el 29 de junio de 1920, y cuya historia familiar era negativa, había sido herida en el lado izquierdo de la nariz por una bola, ocho años antes. En aquella época se observó únicamente una contusión, que se curó, al parecer.

Ocho meses después se notó una pequeña hinchazón que se convirtió gradualmente en un tumor pequeño. Había sido siempre duro, con la piel de encima bastante normal, sin dolor en ninguna época. Durante los últimos cuatro años, el padre nunca lo había visto aumentar de tamaño.

Se localizó el tumor algo más al lado izquierdo de la nariz que al derecho, aunque afectaba casi toda la nariz y alteraba completamente las relaciones normales de las partes.

Las ventanas nasales se hallaban torcidas hacia el

lado derecho. Las vías nasales estaban completamente obstruidas. Se observaron signos de invasión del maxilar superior en el paladar duro y el reborde alveolar superior izquierdo. A la palpación, el tumor parecía cartilago, sin estar adherido a la piel. De mejilla a mejilla el tumor medía 6 1/4 pulgadas (15,6 cm.). Desde el margen inferior, en la mitad del labio superior, al margen superior entre los ojos, medía cinco pulgadas (12,5 cm.). Con los rayos X no se encontraron señales de estructura ósea en él.

La reacción de Wassermann resultó negativa: Se obtuvo un corte para examen histológico, y el doctor Virgil H. Moon nos informó que el ejemplar era de un color rojo pálido, y que microscópicamente no se advertían características importantes. Al microscopio se descubrió que los cortes de parafina, coloreados con hematoxilina y eosina consistían en haces irregulares de fibras, muy semejantes a las de los músculos estriados.

Estos haces constaban de numerosas variedades de fibras, que iban en muchas direcciones sin disposición regular. Cada fibra tenía un sarcolema distinto y se podían ver las estrías cruzadas. Las fibras eran algo más groseras que las del músculo estriado normal. Los haces de fibras estaban separados por áreas de delicado tejido conjuntivo que contenía numerosos vasos. No existían áreas de necrosis en los cortes examinados. No había figuras mitóticas visibles ni ningún otro signo de malignidad.

Se hizo el diagnóstico de rabdomioma.

En vista de que el padre rehusó toda intervención quirúrgica, tratamos de reducirlo con radio el 24 y 25 de julio. Solamente aplicamos los rayos gamma. A cuatro áreas que cubrían completamente la superficie tumoral, aplicamos 300 miligramos de radio, al través de una pantalla de plomo de tres milímetros y dos milímetros de goma, a una distancia de dos cm., formando un total de 6.500 miligramos hora. Macroscópicamente no se observó ninguna alteración del tumor, excepto por un ligero eritema transitorio, que duró tres días.

El 19 de agosto, el tumor medía, de mejilla a mejilla, cinco pulgadas (12,5 cm.), y del borde inferior al superior, 4 1/4 pulgadas (10,6 cm.), lo cual indica una reducción de una pulgada (2,5 cm.) de la circunferencia externa.

El 20 de septiembre, el padre me escribió que no había habido más disminución y que no quería que se emplease más el radio.

(Edición española del *The Journal*.—A. M. A.—1-II-921.)

SIFILIOGRAFÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El tratamiento intrarraquídeo de la sífilis nerviosa.—Raquiserumsalvarsanoterapia, por el doctor D. Em. Paulian (de Bucarest).—En 1910, Marinesco imaginó por primera vez el tratamiento intrarraquí-

deo de la sífilis por suero salvarsanizado. Los buenos resultados obtenidos fueron confirmados por diversos autores, entre ellos Swift y Ellis, conociéndose habitualmente este tratamiento en Alemania y América con el nombre de «procedimiento de Swift y Ellis», cuando en realidad debe denominarse «procedimiento de Marinesco», al cual Paulian propone el nombre de raquiserumsalvarsanoterapia.

Marinesco, al idear su procedimiento, se fundó en las propiedades espirilicidas del neosalvarsán, el cual podría producir anticuerpos capaces de obrar sobre las lesiones nerviosas.

Su método consiste: después de una inyección intravenosa de neosalvarsán (0,75 gramos) se recogen unos 40 a 50 c. c. de sangre en tubos estériles, que se dejan en la helera durante veinticuatro horas. Se separa el suero al cabo de este tiempo, siempre asépticamente, y se calienta a 56° durante media hora para inactivarlo. Se le inyecta en seguida en la cavidad aracnoidea después de haber retirado una cantidad igual de líquido cefalorraquídeo. Se inyectan 10 c. c. ordinariamente cada ocho días y se hacen series de seis inyecciones; como resultado del tratamiento se observan admirables efectos clínicos y biológicos. Disminución de la espasticidad en las mielitis espasmódicas, mejoría de los trastornos de los esfínteres y de los dolores fulgurantes de los tabéticos, mejoría de los trastornos somáticos y mentales en los paralíticos generales, etcétera. Y, desde el punto de vista biológico, disminución notable de la linfocitosis y de la reacción de las globulinas; el Wassermann puede llegar a ser negativo.

Casi todos los autores han creído que el suero salvarsanizado obra en virtud del arsénico que contiene; pero las investigaciones de Marinesco, en colaboración con Paulian y Alin Popesco, han demostrado que la cantidad de arsénico es infinitamente despreciable; en cambio se observa un aumento del nitrógeno total que llega al máximo hacia las veinticuatro horas; por lo cual Marinesco y sus colaboradores han modificado la técnica, recogiendo la sangre veinticuatro horas después de la inyección intravenosa de neosalvarsán, considerando que son los anticuerpos representados por la dosificación del nitrógeno (método de Kjeldahl) los que obran modificando las lesiones, y no el arsénico. Por tanto, se puede concluir, que bajo la influencia del neosalvarsán aparecen en el organismo sustancias espirilicidas, a las cuales se debe atribuir el poder curativo.

(*Paris Medical*, número 3; 15 de enero de 1921.)—Luengo.

PSIQUIATRÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Catafrenias, de Austregesilo, por el profesor L. Guedes.—La catafrenia es un síndrome que puede obedecer a varias causas y presentarse en enfermedades diferentes; lo que la da una fisonomía clínica es e

estado pseudo-demencial. Si se estudia con gran atención, tal vez se pueda sorprender alguna cosa que justifique su lugar nosológico independiente. El catafrénico inicia su estado morboso con las perturbaciones preliminares de varias psicosis. Lo que se observa más generalmente es insomnio, dejadez para los deberes de la vida común y una falsa comodidad, caracterizada por apego exagerado a los miembros de la familia, a la madre, a los hermanos, tal vez producto de falsos miedos o supuestas fobias, que a veces presentan aspecto de verdadera angustia. Existe una especie de alejamiento o desinterés por las cosas que le rodean y el humor se modifica. Este estado premonitorio conduce en ocasiones a un estado apático, asténico y confuso, llegando a parecer la antigua estupidez vesánica (raro), o en otras aparecen delirios, alucinaciones, acompañados de ciertos pavores o de falsas fobias. La sensibilidad para los afectos se encuentra habitualmente embotada, o existe una especie de afectividad obsesiva....

Así describe Austregesilo la catafrenia, palabra creada por este neurólogo brasileño, y en ella incluye los casos de hebefrenia terminados por la curación, o que no se armonizan, con la noción que se tiene del término demencia; los casos de confusión mental crónica de Regis; de locura maníacodepresiva catatonoide confusa o de larga duración, y de enflaquecimiento mental post-infeccioso.

Este modo de pensar de Austregesilo es combatido por varios autores; pero otros están completamente de acuerdo con él, entre ellos Guedes, que en el trabajo que resumimos publica tres observaciones características de catafrenia.

(Archivos Rio-Grandenses de Medicina, núm. 4. Julio, 1920.)—Luengo.

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

I. Un caso grave de sarampión complicado, curado por absceso de fijación.—El Dr. Víctor Escardo publica el siguiente interesante caso:

El niño M. G., de cuatro años de edad, es un niño débil, con tendencia marcada a los resfriados y estados asmáticos. Es un niño bien desarrollado, de una inteligencia muy despierta, nervioso e irascible a veces. En los últimos días del mes de abril de 1920 se enfermó con sus tres hermanitos menores de tos convulsa; el menor de ellos, de tres meses de edad, tuvo una broncopneumonía, falleciendo rápidamente a las treinta y seis horas, a pesar de todo el tratamiento empleado. A consecuencia de esto, la familia quedó naturalmente alarmada y solicitó una consulta, que efectué el 5 de mayo con el doctor Morquio, comprobando con su tos convulsa un estado catarral con fenómenos inflamatorios de los bronquios finos, por lo que, en previsión de un estado broncopulmonar, se tomaron las precauciones del caso.

Unos días después sigue el niño con un estado relativamente favorable, cuando se produce en la casa la coincidencia de que una sirvienta se enferma de sarampión. A los pocos días aparecía el sarampión en los chicos, atacando a los dos pequeños de una manera franca, pero produciendo en nuestro enfermo un estado especial. Hubo un empuje febril, de 39° a 40°, agitación que llegaba al extremo de transformar nuestro enfermo en un loquuto, con irascibilidad, inquietud, en una palabra, síntomas sumamente alarmantes. Con todo esto, el sarampión no brotaba. Se le hicieron baños, pociones calmantes, inyecciones. El estado mejoró, brotando el sarampión muy ligeramente. Pasados unos días, vuelve de nuevo a agravarse, presentándose ligeros fenómenos en las bases pulmonares, complicación que juzgamos favorable, dado el estado indefinido del enfermo y la continuación de la fiebre. Con ese objeto se le practicó una radioscopia, no encontrándose mayor cosa en el pulmón, pero sí el corazón sumamente dilatado en todas sus cavidades, sobre todo en las derechas. En esos días lo he visto en consulta con el doctor Pena. A pesar de toda la terapéutica cardíaca y estimulante, el estado del enfermo era gravísimo, pulso débil, batiendo a 150 y 160 pulsaciones, temperatura oscilando entre 38 y 39°, cianosis, dilatación del corazón, fenómenos en las bases pulmonares y con esto un estado de prostración marcado, que nos hacía ver próximo el fin de nuestro enfermo. En esas condiciones, previa consulta con el doctor Morquio, se decide, como un recurso último, el practicarle un absceso de fijación, el que tratamos de producir, inyectando el 28 de mayo 1 centímetro cúbico de esencia de trementina en el muslo izquierdo. En las veinticuatro primeras horas no se notó nada de particular, ni en el absceso ni el estado general; pero, al comenzar el segundo día, se notó un enrojecimiento con tumefacción dolorosa en el lugar de la inyección; pero lo más interesante fué un cambio rápido del estado general, pulso menos frecuente, descenso de temperatura y, sobre todo, mejoría notable de las condiciones del enfermo.

La mejoría se acentuó de tal manera, que se decidió hacerle un segundo absceso, que practiqué el 3 de junio en la otra pierna, al mismo tiempo que, con una incisión, daba salida al pus de la izquierda. Este segundo absceso fué abierto el 9 de junio. En ambos el pus era espeso, verdoso, bien ligado, siendo completamente aséptico. Ambos abscesos supuraron abundantemente durante una semana, cerrando en perfectas condiciones. El estado del enfermo siguió mejorando rápidamente, pasando a la convalecencia, para curar completamente unos veinte días después.

Creemos que este caso es sumamente instructivo, pues nos indica que no debemos olvidar en los casos graves una terapéutica que, como la de los abscesos de fijación, al par que es completamente in-

ofensiva, puede dar lugar a reacciones favorables muy notables, como en el caso que presento.

No hay que dejar para el último momento terapéutica tan preciosa, pues podría llegarse tarde y no dar lugar a la reacción esperada.—(*Revista Médica del Uruguay*, Montevideo, enero de 1921.)

3. Aneurisma cardíaco intraventricular con bloqueo cardíaco.—Los doctores Alfred, Friedlander y Raphael Froaes comunican el siguiente caso:

Un hombre de color (E. 4407), de treinta y seis años, fué traído al hospital, quejándose de «falta de aliento e hinchazón de las piernas». Durante los dos últimos años, el paciente había padecido de disnea con hemoptisis después de toser y dolor precordial, durante todo el año pasado. Unos nueve meses antes, mientras trabajaba en un ferrocarril, le resultaba tan difícil respirar que tenía que dejar el trabajo y descansar un rato antes de poder proseguir. Al hacer ejercicio, se presentaba vértigo y cefalalgia y aumentaba la frecuencia de los ataques. Pudo continuar trabajando unos cuatro meses más, al cabo de los cuales tuvo que dejar el trabajo y acostarse. Su médico no pudo aliviarlo. Esto fué unos cinco meses antes de que viniera al hospital.

El paciente tuvo sarampión, parotiditis y tos ferina durante su niñez y una infección sifilítica ocho años antes de admitírsele. Bebía con moderación y fumaba como una cajetilla de cigarrillos al día. El padre y la madre habían muerto a los setenta y sesenta años de edad, respectivamente, de «hidropesía».

Exploración.—El paciente se hallaba bien desarrollado y bien nutrido. Se sentaba derecho, con una inclinación dorsal de 90 grados, la mayor parte del tiempo. La respiración era rápida y algo superficial, como una por cada dos latidos del corazón. La rapidez de éste era de 54 al admitírsele. Tenía una tos dura e irritante y esputos profusos y sanguinolentos. La cabeza no revelaba lesiones notables. Las pupilas eran iguales, pequeñas y reaccionaban, aunque no perfectamente, a la luz. No existía nistagmo.

El tímpano derecho se hallaba perforado y existía una ligera secreción. La mucosa nasal estaba inyectada. Había una ligera congestión de la garganta y amígdalas y la lengua se hallaba marcada intensa y desigualmente saburrosa. Los dientes se hallaban en bastante buen estado. Se observó una pulsación marcada en el cuello, junto a las carótidas.

El tórax se hallaba bien desarrollado y era simétrico y estaba bien nutrido. Había una ligera irritabilidad miotáctica. Se observó alguna debilidad del lado izquierdo del tórax en la base, anteriormente; pero el resto del tórax pareció despejado a la percusión. La comparativa macíñez cardíaca y la retroesternal fueron:

Primer espacio intercostal: 3 cm. a la derecha y 4 cm. a la izquierda.

Segundo espacio intercostal: 3 cm. a la derecha y 5 cm. a la izquierda.

Tercer espacio intercostal: 4 cm. a la derecha y 8 cm. a la izquierda.

Cuarto espacio intercostal: 5 cm. a la derecha y 10 cm. a la izquierda.

Quinto espacio intercostal: 13 cm. a la izquierda.

Sexto espacio intercostal: 12 cm. a la izquierda.

No era visible el latido del vértice, pero sí palpable 11 cm. a la izquierda de la línea media, en el sexto espacio intercostal. Se oían un soplo sistólico y un murmullo diastólico en las áreas del vértice, y de las válvulas aórtica y pulmonar. Los sonidos parecían algo distantes sobre el vértice, con alguna arritmia de cuando en cuando.

En la base del pulmón izquierdo, anteriormente, casi no había sonidos; pero más arriba se oían estertores vesiculares durante la inspiración, con sonidos más ásperos en el vértice. En el lado derecho la inspiración era dura y sonora, en tanto que la expiración estaba marcada por estertores húmedos finos. La inspiración posterior se caracterizaba por estertores vesiculares secos.

El abdomen se hallaba aproximadamente al nivel de la pared torácica. Había sensibilidad en el hígado y epigastrio, y en las áreas subcostales, posteriormente. El reborde hepático era palpable a unos 4 cm. más abajo del reborde costal inferior en la línea medio-clavicular. No había señales de mucho aumento de líquido en el abdomen. No se observaron ni rigidez ni masas. Existía mucho edema en ambas piernas, desde las rodillas hacia abajo.

Marcha clínica.—El día siguiente se palpó el vértice a la izquierda de la línea media, en el sexto espacio intercostal y la comparativa macíñez cardíaca se hallaba 4 cm. a la derecha del cuarto espacio y 15,5 cm. a la izquierda en el quinto espacio. No había ni thrill ni sbock anormal. En el vértice se escuchaba un soplo diastólico, que era más intenso en la parte media del esternón. Este soplo reemplazaba al segundo sonido en el área aórtica. Al contener la respiración, se escuchaba un débil soplo sistólico en el vértice. No había arritmia. El pulso radial (64) era muy comprimible y no había déficit del pulso. Se observó en el cuello un pulso venoso de 100. La presión sistólica era 138; la diastólica, 60.

En este momento, se observó en la base derecha un área pequeña de resonancia debilitada (como del tamaño de la palma de la mano). Existía respiración broncovascular y estertores finos al terminar la inspiración. Continuó la expectoración sanguínea y la temperatura se elevó a 100 F. (37.8 C.). Se anotó la impresión de un infarto pulmonar.

El día siguiente se registró en el polígrafo un bloqueo cardíaco parcial preciso de 3-1. Durante la estancia en el hospital, el pulso varió de 52 a 100. El paciente se hallaba demasiado enfermo para trasladarlo al cuarto electrocardiográfico.

Unos ocho días después, el estado del paciente había empeorado mucho. Se sentaba en estado semiestuporoso, respirando rápidamente y quejándose a cada expiración. La mandíbula estaba caída, con el labio descendido y la lengua salida. Se quejaba de dolor en

las manos, piernas y abdomen. Los sonidos cardíacos eran distantes y débiles. Se trazó la comparativa macleid cardiaca de 5 por + 15 cm.; pero el latido del vértice era palpable a 10 cm. en el cuarto espacio. Se registró la impresión de derrame pericardiaco.

La orina se volvió alcalina al rojo de metilo y reveló indicios de albúmina, con algunos glóbulos de pus y hemáties y una gravedad específica alrededor de 1.020.

El recuento leucocitario fué de 10,200, con 75 por 100 de leucocitos polimorfonucleares, 4 por 100 de linfocitos grandes, 18 por 100 de linfocitos pequeños, 1 por 100 de eosinófilos y 2 por 100 de células de transición. La hematimetría reveló 3,600,000. La reacción Wassermann de la sangre resultó fuertemente positiva. Las estereorradiografías del tórax revelaron la sombra cardíaca muy engrosada en el diámetro transversal. La sombra aórtica revelaba una ligera dilatación.

Tratamiento.—Este consintió en reposo, sedantes, álcalis, carminativos, catárticos y estimulantes, según se necesitaban. Los períodos de disnea profunda a menudo se aliviaban profundamente con la administración de 8 c.c. de agua de yerbabuena con eructos de gas.

Después de catorce días en el hospital, el paciente se volvió más débil y más dispneico, con dolor abdominal continuo y por fin murió.

Diagnóstico.—Se hizo un diagnóstico clínico de insuficiencia aórtica, comparativa insuficiencia mitral, bloque cardíaco (causa desconocida), derrame pericardiaco, infarto pulmonar y congestión pasiva crónica de todas las vísceras con anasarca general, debidos a descompensación cardíaca y sífilis.

Autopsia.—En ésta se encontró derrame pericardiaco, infarto pulmonar, espesamiento de la pleura, esplenitis crónica, cistitis aguda, congestión pasiva crónica de todas las vísceras, endocarditis aórtica sífilítica, hipertrofia y dilatación cardíacas con degeneración miocardiaca, endocarditis parietal sífilítica, mesaortitis sífilítica y un aneurisma disecante del tabique interventricular del corazón.

En el informe autopsico del Dr. Robert Kehoo sobre el corazón, observa que «el corazón es extremadamente grande, de unos 20 cm. en el diámetro transversal. El músculo es pálido y muy flácido. Al incidirse el corazón, el orificio tricúspide se halla tan dilatado que pueden penetrar cuatro dedos. El músculo se halla ligeramente espesado. La hojilla medial está dilatada y adherida al tabique intraventricular, en un área opaca de endocardio parietal. Las válvulas pulmonares no presentan anormalidades. Las hojillas mitrales se hallan ligeramente espesadas, pero no retraídas. Las válvulas aórticas se hallan marcadamente espesadas y contraídas. La hojilla del medio tiene una gran perforación en su base, hallándose el endocardio más abajo, completamente desprendido, de modo que forma una cavidad en el tabique interventricular, precisamente opuesta al punto de unión de la hojilla tricúspide media. (La cavidad aneurísmica era más o

menos oval, midiendo unos 45 por 6 cm.) En toda el área del tabique, sobre las hojillas de las válvulas aórticas y extendiéndose hasta la aorta, se encuentran numerosas placas de color blanco perlado, con un gran espesamiento del endocardio y de la íntima de la aorta, con muchas arrugas. El estado se extiende hasta la aorta, y luego hasta más abajo del diafragma. En un punto de la aorta existe una dilatación muy pequeña, como del tamaño de un guisante partido. En la válvula mitral pueden penetrar tres dedos. La musculatura del ventrículo izquierdo es de espesor aproximadamente normal, aunque el ventrículo se halla dilatado a unas dos veces su tamaño normal.»—(Edición española del *The Journal*, A. M. A., 1-2-921).

EN LENGUA EXTRANJERA

4. Proporciones respectivas de los cuerpos acetónicos eliminados por las orinas en el curso de los estados de acidosis, por M. Labbé, H. Labbé y Nepveux.—Aunque la acidosis ha sido objeto de muchas investigaciones, las proporciones de los cuerpos acetónicos respectivamente eliminados por la vía urinaria, no están bien fijadas. En ausencia de reacción cualitativa, las pequeñas cantidades de ácido *B* oxibutírico excretadas son difíciles de conocer; por otra parte, las dosificaciones de este ácido, laboriosas y poco fieles, no habían permitido efectuar hasta la presente determinaciones numerosas en serie, de este elemento. El método de Van Slyke, rápido y fácil, ha permitido mejor estudiar la eliminación del ácido *B* oxibutírico en los diversos estados patológicos y los autores dan a conocer los resultados que han obtenido, y que son: en el estado normal se encuentra algunas veces en la orina ácido *B* oxibutírico en cantidad que no excede de unos miligramos, pero en otros casos no se encuentra este ácido; por tanto, no puede decirse que el ácido *b* oxibutírico es un alimento constante de las orinas normales, como pretenden algunos autores. En estado patológico: 1.º, la relación del ácido diacético total al ácido *B* oxibutírico, no ha presentado ninguna constancia en los casos estudiados por los autores; 2.º, en diez casos de 40 observados no existían más que indicios de acetona y de ácido diacético, mientras que la cantidad de ácido *B* oxibutírico eliminada entre 4,83 y 0,50 por litro de orina. El hecho inverso no ha sido observado; 3.º, los estados patológicos en los que se encuentra ácido *B* oxibutírico en la orina son muy variados, en casos de inanición, de gota, de apendicitis y de eclampsia; en la diabetes es donde se encuentran mayores cantidades de ácido eliminados (hasta 61,50 gramos y 121,35 gramos en las veinticuatro horas). El hecho de encontrar ácido *B* oxibutírico en cantidad notable, cuando sólo existían indicios de ácido diacético y, además, el de que, recíprocamente, cuando existe este ácido nunca deja de existir también el *B* oxibutírico, parece demostrar que este último es el cuerpo esencial de la acidosis, tanto fisiológica como patológica y verosíblemente el genera-

dor de los otros dos cuerpos acetónicos, como algunos han anticipado. Prácticamente, resulta que el ácido *B* oxibutírico permite la mejor manera de apreciar la gravedad de una acidosis y de seguir sus variaciones. Su investigación debe preferirse, por tanto, a la del ácido diacético y de la acetona en los estados patológicos muy diversos en que la acidosis es susceptible de producirse.—(*Comptes Rendus de la Société de Biologie*, 28, enero, 1921, núm. 4).—*E. Luengo*.

5. Influencia del ayuno sobre la eliminación de cuerpos acetónicos en los sujetos sanos y en los estados patológicos, por M. Labbé, H. Labbé y Nèpveux.—Los cuerpos acetónicos aparecen en la orina de los individuos en estado de ayuno. Trátase de un ayuno total o de un ayuno parcial (ayuno hidrocarbonado) en un sujeto normal; el aumento diario de los cuerpos acetónicos es regular, a medida que el ayuno se prolonga y puede alcanzar cifras bastante elevadas. Resulta de estos hechos, que existe una cierta y frecuente inclinación a atribuir a la inanición total o limitada a los hidracarbonados, por lo menos la mayor parte de las acidosis patológicas, ya que no todas. Las investigaciones que sobre esta cuestión han verificado los autores, no permiten confirmar esta opinión en todos los casos: 1.º, el ejemplo de una enferma en inanición, caquéctica, aparece demostrar que un organismo ya agotado no reacciona como en el ayuno fisiológico. La acidosis clara de esta enferma ha persistido hasta la muerte, pero disminuyendo de intensidad, en lugar de aumentar a medida que la inanición se hacía más completa; 2.º, un gotoso ha proporcionado resultados análogos; 3.º, en los diabéticos acidóticos el ayuno no ha producido aumento de la eliminación de los cuerpos acetónicos y da lugar, por el contrario a su disminución más o menos fuerte, a veces muy acentuada.—(*Compt. Rendus de la Soc. de Biologie*, 5, febrero, 1921, núm. 5).—*E. Luengo*.

TERAPÉUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. De la intoxicación por la emetina en terapéutica, por Ch. Mattei.—Este medicamento, tan precioso para el tratamiento de la disentería amibiana, tiene el inconveniente de acumularse en el organismo, pudiendo producir accidentes tóxicos.

Al cabo de un mes, la dosis tóxica está por encima de un gramo. Tras las inyecciones hipodérmicas de clorhidrato de emetina a dosis mensuales variables de 1,5 a 1 gramo 50, ha observado el autor los siguientes trastornos circulatorios: hipotensión, debilitación de las contracciones cardíacas, e insuficiencia cardíaca grave, brusca o progresiva; trastornos respiratorios; broncorrea mucosa abundante, crisis respiratorias caracterizadas por espasmos inspiratorios; trastornos nerviosos; paresia de los músculos del cuello y de la nuca, paresia de los miembros inferiores y abolición del reflejo tendinoso; trastornos urinarios; oligu-

ria constante, y a veces insuficiencia renal con brusca acetonemia.

Así, después de la inyección intravenosa como de la inyección hipodérmica, la eliminación urinaria de la emetina se efectúa de modo discontinuo y prolongado. La acumulación de la uretina, es, pues, una acumulación muy particular y duradera.

Si se utiliza el clorhidrato de emetina a dosis fraccionadas (cuatro centigramos en inyecciones intravenosas diarias), la dosis total de un gramo no debe ser sobrepasada en un mes. (*Journal des Praticiens*, 25 de diciembre de 1920).—*L. P.*

2. Automatismo cerebral y epilepsia en el perro, por G. Petitt y L. Marchand.—El automatismo cerebral, de naturaleza epiléptica, no ha sido aún descrito en los animales.

Los autores aportan el siguiente curioso hecho:

Un perro, aparentemente en buena salud, lanza de pronto agudo grito y echa a correr, tropezando con cuanto encuentra a su paso, sin tratar de evitar los obstáculos. Parecía que no veía ni oía. Dura este estado veinte minutos, al cabo de los cuales cae de lado, presentando los síntomas de una crisis de epilepsia seguida de muerte.

En la autopsia no se encuentra nada de particular por parte de los órganos torácicos y abdominales; no se encuentran parásitos. El examen histológico revela una esclerosis cerebral superficial con espesamientos meníngeos. Después de discutir el diagnóstico diferencial con varias afecciones, afirman los autores que se trataba de un caso de epilepsia preparoxística. Las lesiones encontradas fueron las mismas que se describen en la epilepsia humana, calificada impropriadamente de esencial. (*Le Moniteur Medical*, 18 de enero de 1921).—*L. P.*

3. Los tenifugos en los hepáticos, por N. Fiesinger.—El helecho macho, la corteza de granado y la pelieterina, además de los accidentes graves y hasta mortales que pueden ocasionar, producen con relativa frecuencia ictericia, la cual tiene probablemente una patogenia mixta; son a la vez ictericias por hemólisis y por irritación del parenquima de la célula hepática. Se presenta, sobre todo, en sujetos que venían padeciendo insuficiencia hepática.

De aquí las siguientes conclusiones prácticas:

No prescribir estos tenifugos en los hepáticos más que a dosis prudentes.

Alimentar al paciente con caldo de legumbres, agua y leche durante las veinticuatro horas precedentes y siguientes a la administración del medicamento.

No alarmarse por las ictericias, que casi siempre son benignas.

Como tratamiento, enemas fríos, sulfato sódico a pequeñas dosis y régimen lactovegetariano. (*Le Courrier Medical*, 9 de enero de 1921).—*L. P.*

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

Triste suceso.—Vista importante en el Supremo.

Cuando redactamos este BOLETÍN una sola cosa preocupa la atención pública, entristeciendo los ánimos de todos los buenos españoles: se comprende que nos referimos al horrible atentado en que ha encontrado la muerte el Presidente del Consejo de Ministros, D. Eduardo Dato e Iradier.

No puede EL SIGLO MÉDICO omitir la expresión del profundo dolor que aflige nuestro ánimo como amigos íntimos del finado, como reconocidos a su manifiesta predilección respecto a nuestra clase, como españoles y como hombres.

En el primer concepto nada decimos, pues su carácter de extrema intimidad se creería profanado con una publicidad que a nadie sino a nosotros interesa, y que podría interpretarse como ostentación inoportuna.

En el segundo aspecto nosotros no podemos olvidar, ni creemos que ningún médico español lo olvide, que el Sr. Dato fué quien, al ser por vez primera ministro de la Gobernación, aceptó valientemente la reforma de Sanidad exterior y creó la Dirección de Sanidad, organizando un servicio que hasta entonces venía confiado a un simple Negociado de la Subsecretaría de su Ministerio; hizo frente a la epidemia pestífera de Oporto, y dejó plantado el tallo de que ha nacido todo el organismo ulterior de nuestra administración sanitaria, que si es hoy incompleta y deficiente respecto a lo que debe ser, nadie puede negar que es lujosa respecto a lo que el Sr. Dato encontró en su Ministerio.

Pero el punto de vista que más nos preocupa al deplorar el odioso crimen de que el buen ciudadano ha sido víctima, es el de la significación que tiene esta ola vesánica de apelación a la iniquidad, a la violencia y a la crueldad, que se revela en un grupo de exaltados maléficos, que con sus actos despiertan a su vez una reacción irreflexiva de anhelo de violencia y de crueldad, en la sociedad toda. Si la justicia y el derecho no bastan para hablar con voz serena e impositiva en momentos tales, la sociedad está perdida por su abdicación

voluntaria del espíritu civilizador y por el reconocimiento de la insuficiencia de sus medios legales. Como hombres, como ciudadanos y como españoles, creemos que nuestra modesta voz encuentra una fácil fórmula para expresar sus sentimientos en estas tres palabras: serenidad, energía y justicia.

—O—

El día 4 del corriente tuvo lugar ante la sala 1.^a de lo civil del Tribunal Supremo la vista del recurso de casación contra la sentencia de la Audiencia de Sevilla por pleito entre el médico de Algeciras, Sr. Zurita, exigiendo la responsabilidad personal del alcalde de esta población por falta de pago de honorarios a dicho señor. El asunto, de que ya tenían noticias nuestros lectores, reviste una excepcional importancia para los médicos titulares, dado que ha de sentar jurisprudencia sobre el interesante punto para todos los análogos y numerosos casos que en España sucedan. Al ver el aspecto de la sala nadie creería que de asunto tan trascendental iba a tratarse, pues en los bancos del público no se vió más que a una personalidad, que no hay porqué designar, notándose, en cambio, la ausencia de las representaciones colectivas que a diario vociferan disputándose la representación de los intereses de la clase con los lemas de Sindicatos, Colegios, Juntas de Patronato, etc., etc.

Lo importante es el saber que el abogado que desinteresadamente defendía al Sr. Zurita y a los titulares desamparados, es decir, el Sr. Ossorio y Gallardo, hizo uno de los más briosos, elocuentes e inspirados alegatos que se han escuchado en aquella Sala, y que creemos que ésta fallará el asunto que tan íntimamente interesa a los médicos rurales con arreglo a la justicia que todos anhelamos. Hoy desconocemos el fallo; pero creemos poder anunciar a nuestros lectores que satisfará las esperanzas de la clase médica española, sentando una jurisprudencia definitiva que impondrá a los caciques y autócratas municipales el respeto a los derechos que venían despreciando y el temor a la justicia que no se cumplía.

DECIO CARLAN

REMITIDO

.....000.....

Nos envían para su publicación:

«Sr. Director de EL SIGLO MÉDICO.

Madrid.

Muy señor mío y de mi consideración más distinguida: En nombre del Real Colegio de Médicos de Sevilla, que me honro en presidir, ruego a usted inserte en el periódico que tan acertadamente dirige, la adjunta contestación que damos al manifiesto del señor Almarza, en el que éste, para defender a la Junta de Gobierno y Patronato del acuerdo que con relación a ella adoptara la Asamblea de Colegios Médicos celebrada en Valencia, presenta al de Sevilla como enemigo de los titulares, sacando a relucir una lamentable historia que todos debiéramos haber pasado en silencio por el decoro de la colectividad.

Para que los lectores de su ilustrado periódico puedan conocer la acusación que nos hace, le agradeceremos la reproduzca también. Ella va antes de la contestación de nuestro Colegio, que firman individualmente los médicos rurales de la provincia de Sevilla, para que el señor Almarza no pueda alegar que los Colegios Médicos están mangoneados por los de las capitales respectivas, y que él tiene a su lado los titulares de toda España.

Agradeciéndole asimismo la publicación de estas líneas, aprovecho la ocasión para ofrecerme de usted atento s. s. q. e. s. m., *Vicente Hernández e Irala.*»

He aquí la acusación del señor Almarza:

¡Qué amigos tienen los titulares!

En Sevilla, el señor Centeno *inventó* aquello de la *Federación Sanitaria Andaluza*, que trató de extender a toda España; se mete a informar, sin que podamos suponer a instancia de quién informó y sin que ninguna ley le autorice para ello, en el tercer expediente instruido a un titular, que tenía razón sobrada, perseguido por un cacique, en la forma siguiente:

Informe del Colegio Médico de Sevilla.

«El Jurado profesional de este Real Colegio, en sesión extraordinaria celebrada anoche, en vista del expediente instruido por el Ayuntamiento de La Luisiana, al médico titular de esta villa don José Ordóñez Herrero, y después de formado por esta Corporación el oportuno atestado que V. S. se sirvió ordenar en su oficio fecha 21 de abril último, y haciendo suyo el informe emitido por la Sección Profesional de este Real Colegio, acordó informar a V. S. que considera justa la separación del cargo que se propone en el mencionado expediente del Ayuntamiento de La Luisiana.

Lo que en cumplimiento al mencionado acuerdo comunico a V. S. a los efectos correspondientes. Dios guarde a V. S. muchos años.—Sevilla, 15 de julio de 1919.—El presidente, *Jesús Centeno.*

¿Cabe mayor despreocupación, mayor desahogo? ¿Y estos señores forman la Junta esa Directiva de la *Unión sagrada médica*?»

Contestación del Colegio Médico de Sevilla al manifiesto del señor Almarza.

La Federación de Colegios Médicos de España, reunida en Valencia en Asamblea magna, tratando de constituir una sola entidad con la gran familia médica, robusteciendo su poder, y dándole personalidad colectiva, propone la reforma de la Junta de Gobierno y Patronato de Médicos Titulares, reconociendo que, en la medida de las posibilidades, la citada entidad realizó discreta labor «cumpliendo los fines para que en otro tiempo fué creada». La circular que acompaña a la cédula de citación de esta sesión extraordinaria expresa elocuentemente los propósitos del Directorio. Claramente se afirma en dicho documento que no se trata de hacer desaparecer el organismo defensor de los médicos de partido: al contrario, el conocimiento de la realidad y la agitación egoísta de todas las fuerzas sociales, obliga a nuestra clase a una mayor identificación de aspiraciones, a una mayor coincidencia de actividades, hasta conseguir ocupar el puesto que a la Sanidad corresponde en el gobierno de las naciones. No es, pues, la presente, hora de dividir, individualizando, el cuerpo médico: substantiva, la profesión; adjetivo, el particular ejercicio, todos somos médicos, todos pertenecemos al honorable ejercicio de la salud, y en la lucha contra el dolor todos somos hermanos en nuestro venerado sacerdocio. Constituir un gran poder dentro del Estado, que puede *exigir* el cumplimiento de las leyes sanitarias es la suprema aspiración de los Colegios; que no es cosa de vivir de precario, de mercedes humillantes, los que pueden vivir su propia vida con la autoridad que les concede la elevada misión social de su competencia.

Claro es que, en la reorganización obligada, han de padecer, en sus cómodas actitudes, los hombres que vienen ocupando puestos en arcaicas instituciones, organismos anquilosados, cuya total fisiología se reduce al conocido «dejad hacer, dejad pasar», y apercibiéndose a la defensa, la Junta de Gobierno y Patronato de Médicos Titulares, creyéndose, ella sabrá por qué, amenazada de muerte, lanza una proclama manifiesto, terrible diatriba contra los Colegios Médicos, extremando su censura contra el de Sevilla. Por una sola vez, debemos contestarle.

Falsa acusación.

Trátase de demostrar ante los titulares de España que el Colegio Médico de Sevilla persiguió injustamente al médico de La Luisiana don José Ordóñez Herrero, separándolo del cargo de titular como fallo al expediente instruido contra dicho señor por el Ayuntamiento de aquella villa, y afirma el manifiesto aludido, que nuestra Corporación, por conducto del

doctor Centeno, presidente en aquella fecha, 1919, informó por sí y ante sí, sin ley que autorizase a ello. Para probar la falsedad de este aserto, copiamos el siguiente oficio: «Inspección provincial de Sanidad de Sevilla, número 475. Con esta fecha me comunica el señor alcalde de La Luisiana que el médico titular don José Ordóñez Herrero continúa sin prestar asistencia, teniendo abandonada la aldea de Cañada Rosal y de haber dado cuatro escándalos en completo estado de embriaguez, faltando con ello a lo convenido en el acta suscrita con asistencia de esa Presidencia, como término del expediente instruido y repitiéndose los hechos, creo de urgencia, que por V. E. se ordene la formación del necesario expediente para depurar los hechos y que pueda imponerse el oportuno correctivo, dando cuenta a esta Jefatura de Sanidad del resultado del mismo para proveer en su vista. Dios guarde, etcétera. Sevilla 21 de abril de 1919. Firmado y rubricado, doctor Laborde.—Señor Presidente del Real Colegio de Médicos».

¿Quiere la junta de patronato una prueba más clara de la causa que obligó al Colegio de Sevilla a intervenir en el asunto de La Luisiana? Analicen el copiado oficio y observarán que en él se hace referencia a un acto que puso término a expediente anterior. Efectivamente, ese acta fué redactada en La Luisiana, por el presidente accidental del Colegio Médico de Sevilla, don Blas Tello, íntimo en aquellas fechas del señor Martínez Uclés, miembro de la Junta de Gobierno y Patronato de Titulares, amparador del señor Ordóñez e incondicional del apostólico señor Almarza. Actuó el señor Tello, durante toda la tramitación de este asunto, porque el presidente efectivo de la Corporación, don Jesús Centeno, estaba gravemente enfermo, cosa que no ignora el señor Martínez Uclés, firmante de la proclama aludida. En aquel acta comprometióse bajo su firma el señor Ordóñez a *cumplir con su deber*, que a ninguna otra cosa pudo obligarle nuestro digno representante, y, sin embargo, dió lugar con su conducta a que la Inspección de Sanidad oficiara en el sentido que hemos transcrito. Esto, no obstante, el Colegio no formó expediente, limitándose a informar en él a tenor de lo siguiente, que mantenemos íntegro. Dictamen de la Sección profesional del Colegio Médico. Ponente el doctor Orellana. «La Sección profesional del Real Colegio de Médicos de Sevilla y su provincia, ante su Junta de Gobierno constituida en jurado profesional, con relación al expediente instruido por el Ayuntamiento de La Luisiana contra el médico titular don José Ordóñez Herrero, por abandono de asistencia de enfermos e infracción de su contrato, informa: que habiendo estudiado detenidamente el expediente que motiva esta reunión, por decoro de la clase, por el honor del Colegio, *procede invitar* al señor Ordóñez Herrero a que presente la dimisión del cargo en el plazo improrrogable de diez días, pasados los cuales, y si no lo hubiere hecho, autorizar al Ayuntamiento de La Luisiana para que decreta la destitución y pueda hacer la publicación de la vacante. Así-

mismo, esta sección hace presente a la Junta que no detalla los extremos del aludido expediente, que obra en Secretaría, por no dejar consignado en documentos oficiales que lo perpetúen tan vergonzosos testimonios, esperando que una vez dimitido el señor Ordóñez, el Ayuntamiento de La Luisiana destruirá el expediente original y sus copias, dejando así posibilidad de rehabilitación y enmienda al expedientado. Comuníquese el acuerdo reservadamente a los interesados, y transcurrido el plazo concedido al señor Ordóñez Herrero, hágase por oficio. 14 de julio del 19.»

¿Qué más pudo hacer el Colegio en honor de la justicia y en favor del compañero? ¿Habíamos de negarnos a intervenir cuando fuimos directamente requeridos por la Inspección? ¿Olvida la Junta de Gobierno y Patronato el acta de compromiso voluntariamente suscrita por el señor Ordóñez, cuya firma le obliga a aquella que se compromete? ¿O es que el Colegio debió informar, como posteriormente lo hizo la Junta de Gobierno y Patronato, amparando al señor Ordóñez? No; si queremos tener derecho a la consideración pública, si queremos exigir el reconocimiento de nuestra autoridad y de nuestros prestigios, hemos de cercenar, de amputar, con dolor, sí, pero con gallardía y resolución nuestros miembros gangrenados. La colectividad médica no puede servir para proteger, encubriendo, a los que arrastran nuestra honorable toga por el lodo del escándalo y del vicio, haciendo caso omiso de sus deberes y de sus voluntarios compromisos.

¡Quédese eso para caciques y paniaguados, cobradores de cuotas, cazadores de incautos, figurones de aluvión, mendiguitos de políticos, plañideras en la lucha, farsantes de la profesión, más atentos a su conveniencia y medro que al honor de la clase!

La Junta de Gobierno y Patronato de Médicos titulares (como otros organismos fósiles de la Sanidad) debe no transformarse, sino desaparecer de derecho, ya que de hecho hace tiempo murió de la pena de un prolongado ayuno.—José María Noguer, titular de Los Palacios; José Lara, t. de Cantillana; Manuel Sarmiento, t. de Cantillana; José Domínguez, t. de La Campana; Eusebio Mirón, t. de Guadalcanal; Manuel Mena, t. de Villamanrique; Manuel Herrera, t. de Algaba; Enrique Maguilla, t. de Paradas; Eduardo Poole, t. de Villanueva del Río; José Caballero, t. de Ronquillo; Miguel Fernández, t. de Arahal; Manuel Bencano, t. de Alcalá del Río; Ignacio Feliu, t. de Utrera; Manuel de la Vega, t. de Saucejo; Guillermo Fernández, t. de Villanueva de las Minas; Manuel Millán Sánchez, t. de Mairena del Alcor; Augusto Panilla, t. de Cantillana; Ramón Vázquez Ramos, t. de Montellano; Antonio Murcia, libre de Puebla de los Infantes; Alonso Sopena, t. de Tocina; Ignacio Prada Londres, t. de Villafranca; Salvador Fernández Garzón, t. de La Luisiana; José Sánchez Mejías, t. de Montellano; Antonio Odonell Pérez, t. de Castilblanco; Cecilio Fernández Ortiz, libre de Lebrija; Antonio del Castillo (no llegó boletín), t. de Los Molares; Al-

varo Carrión, libre de Utrera; Eusebio Torres Cruz, t. de Algaba; Miguel Mengibar Guardia, t. de Arahál; Joaquín Zapata, t. de Almeusilla; Enrique Ahuja, libre de Sanlúcar la Mayor.

Enrique Mallén, t. de Aznalcóllar; Juan Sánchez Carrillo, t. de Sanlúcar la Mayor; Juan M. Lara, t. de Castilleja de la Cuesta; Francisco Cervera, t. de Osuna; Angel Pineda Gil, t. de La Puebla del Río; José Ruiz Vera, libre de Osuna; Antonio García Rodríguez, t. de Saucejo; Manuel Alcaide Vicedo, t. de Pilas; Jesús M.^a Boccio, t. de Las Cabezas; Angel Carmona, t. de Lora del Río; Antonio Romero López, t. de Castillo de las Guardas; Antonio López, t. de Castillo de las Guardas; José Domínguez Venegas, t. de La Campana; José M.^a Manoyo, t. de Puebla de Cazalla; Manuel Mazuelos Calle, t. de Osuna; Antonio Gómez de las Cuevas, t. de Casariche; Juan de Dios Montes Jurado, libre de Aznalcóllar; José López Ortiz, l. de Lebrija; Enrique Muñoz Morón, t. de Las Cabezas; Joaquín de Sedas Vigueras, t. de Utrera; Luis Blanco Fuentevilla, l. de Arahál; Paulino García-Donas Barrera, t. de Alcalá de Guadaira; Juan Pérez Morera, t. de Benacazón; Agustín Álvarez Domínguez, t. de Huévar; Antonio Parra Gómez, t. de Utrera; Manuel Martínez Gómez, t. de Carmona; Antonio Carrión Gavira, t. de Utrera; Aurelio Valencia, t. de Castillo de las Guardas; Hernán G. Blanco, t. de Cazalla de la Sierra.

Emilio Meléndez, t. de Arahál; Baldomero Muñoz, t. de Umbrete; Jesús Senín, l. de El Ronquillo; Julio Martínez, t. de Pilas; Jacinto Vera, t. de Cazalla de la Sierra; Félix Bernáldez, t. de Fuentes de Andalucía; Romualdo Fernández, t. de Alanís; Francisco Jiménez Rodríguez, t. de Marchena; Francisco Rives, t. de Almadén de la Plata; Damián Gómez, t. de San Nicolás del Puerto; Enrique Sáez de Tejada, t. de Marchena; Alvaro Alcaide de la Oliva, t. de Olivares; Francisco Matas Caballos, t. de Osuna; Miguel Parras Sedas, libre de Utrera.

Francisco Mengibar, titular de Real de la Jara; José T. Rodríguez Pacheco, t. de Sanlúcar la Mayor; Manuel Muñoz Conde, libre de Fuentes de Andalucía; José Muñoz Silva, t. de Villanueva de San Juan; Arcadio Moreno, t. de Osuna; Antonio Rodríguez Acosta, t. de Puebla de los Infantes; Manuel González, t. de Carrión de los Céspedes; Carlos Muñoz Bos, t. de Cazalla de la Sierra; Jesús León, t. de Viso del Alcor; José Gutiérrez del Pino, t. de Estepa; Francisco García de Soria, t. de Morón; José Jerez Jerez, t. de Lora del Río; Joaquín Benítez López, t. de Alanís; Maximiliano Pérez Astolfi, t. de Constantina; Rafael González Vilardell, t. de Constantina; Manuel Calvo Leal, t. de Dos Hermanas; Francisco Muñoz Ruiz, t. de Alanís; Federico Medina Cabello, t. de Herrera; Manuel Fierro Izquierdo, t. de Morón; Manuel Álvarez Letrado, t. de Constantina; Joaquín Santos Angulo, t. de Morón; Manuel Orellana Trieno, t. de Coripe; Joaquín Suárez Albisu, t. de Peñaflores; Antonio Fajardo González, t. de El Rubio; Antonio Castilla

Marín, t. de Pruna; Manuel Neyra Alejos, t. del Pedroso; Wenceslao Borrachero, t. de Lantejuela; César Borrachero, t. de Benacazón; Genaro Díaz, t. de Olivares; Federico López Ortiz, t. de Lebrija; José Luis Cárro, t. de Ginés; Manuel Algora, t. de Dos Hermanas; Francisco Ruiz, t. de Aguadulce; Cleofás Marín, t. de Brenes; Francisco Rodríguez, t. de Alcolea del Río; José Castro, t. de Puebla de Cazalla; Emilio Rodríguez, t. de Constantina; José Gutiérrez, t. de Bollullos de la Mitación; Antonio Cubero, t. de Morón; Rafael Galán, t. de Paradas; Juan Palma, t. de Guillena; Servando Arbolí, t. de Villanueva del Ariscal; José Sarmiento, t. de Mairena del Alcor; Manuel Daza, t. de Viso del Alcor; Antonio Fernández Campos, t. de San Juan de Aznalfarache; Enrique Muñoz, t. de las Cabezas de San Juan; Manuel Sáez de Castro, libre de Constantina; José Becerra, titular de Lora del Río; Cándido Morales, t. de Villaverde; Julio Ledesma, t. de Osuna; Antonio Álvarez, t. de Santiponce; Manuel Alonso, t. de Aznalcóllar; José F. Ulloa, t. de Constantina; Fernando Lara, t. de El Pedroso; Manuel Andrés, t. de Dos Hermanas; Vicente Andrés, t. de Marchena; Angel Pineda de la Cámara, t. de Córria del Río.

Sociedad Ginecológica Española

ACTA DE LA SESIÓN CIENTÍFICA CELEBRADA EL DÍA
15 DE DICIEMBRE DE 1920.

Presidente: DR. BECERRO DE BENGOA

ORDEN DEL DÍA (1)

Tratamiento de las venereo-ginecopatías, por e Dr. Sicilia.

Con la frecuencia cada día mayor que adquieren las enfermedades infecciosas de índole altamente contagiosa, que tienen su terreno especial en los órganos genitales, los cuales son contaminados en los actos o contactos venéreos, sobrevienen un gran número de trastornos funcionales y de lesiones que absorben casi la totalidad de la patología genital, estrechando e interesando conocer las relaciones cada día más estrechas que unen las afecciones genitales femeninas o ginecología a su derivado de etiología particular y específica que es la venereología, siendo indispensable por el mayor progreso de ambas este estudio, el cual inicio muy sintetizado sin más deseo ni fin que poder hacer algo práctico con las deducciones derivadas de vuestra experiencia y maestría ginecológica, de tal grado, como lo es la devoción y sacerdocio con que asistís a las enfermas.

La blenorragia, la sífilis, los venéreos más diversos están a la orden en contacto tan repetido, fijándose con tal arraigo, extendiéndose de tal manera en todos

(1) Reproducción exacta de la comunicación del doctor Sicilia.

sentidos en aparato tan delicado, de función elevadísima cual es la formación o creación del ser, que en unión de otras integran el fundamento esencial de la mujer. *Mulier propter uterus est quod est*, que producen la destrucción micro y macroscópica de sus células, la dificultad y suspensión de sus funciones, las desviaciones viscerales, la esterilidad aniquilando para vida social y la propia, reduciendo a la dolorosa impotencia e impidiendo todo porvenir.

La invasión del gonococo es con mucho la más frecuente, la más persistente, y aquella que con más frecuencia tienen que tratar ginecólogos y dermo-venereólogos por dos razones: la primera, su localización en la superficie de los conductos genitales y tubos glandulares, sitios de fácil salida al exterior por estar en las células de revestimiento, siendo arrastrados por las secreciones normales y el exudado abundante que la reacción de los tejidos produce; segunda, su duración crónica, dada su enorme reproductibilidad, que sólo es superada por estafilococos y otros gérmenes no clasificados, que se encuentran en ciertas inflamaciones erosivas de mucosa vulvo-vagino-cervical; pero siempre más pequeños y análogos a los que confrontando se encuentran en las balanitis, siendo lógicamente unos estados consecuencia de los otros, y la resistencia que hace a los tópicos y medios generales, dado lo bien que vive en este terreno donde parece encontrar elementos nutritivos, físicos, químicos y mecánicos muy propicios, que facilita su desarrollo y profunda progresión a sitios inaccesibles muchas veces o de difícil acceso.

Estas condicionalidades del proceso unidas a la asociación con nuevos gérmenes secundarios que encontraron facilidad para su colonización, hace que no sólo los encontremos en las más pequeñas partículas celulares y filamentosas luengos años después de su ingreso en el organismo, en condiciones capaces para proliferaciones activas y reproducciones lesionales, a las cuales hacen persistir por su permanencia en las mismas, sino que sean fácilmente arrastrados por semen, orina y líquidos que pasan a través de la vía urinaria, deduciéndose que en estas localizaciones hay derecho a obtener una curación más segura, lo cual es más difícil a medida que se aleja de la misma en las complicaciones de vía seminal, visceral y general radique en próstata, vesículas, epididimos, sinoviales espláncicas o articulares, etc.

Unese a estas complejidades de la manera y puntos múltiples; de hacerse las inoculaciones llevando el pene su materia infecta directamente, para lo superficial preferentemente, indirectamente por los líquidos eyaculados para lo profundo, fijando desde el principio en la matriz buena parte de la infección, cosa que ocurre más también por la adherencia establecida entre las espesas secreciones morbosas y la mucosa que sale del orificio cervical, sobre todo en las linfáticas de flujo blanco que abundan, en las muy congestivas de matriz, por causas locales y generales; en las multiparas y en las de repetidas mens-

truaciones y coitos; en suma, en todos aquellos trastornos circulatorios y sanguíneos e impurificaciones que traen consigo alteración de las funciones glandulares.

En repetidos análisis hemos encontrado los microbios más variados, siendo de las formas más distintas, sobre todo en los exudados útero-vaginales. En blenorragia crónica con metrorragias sintomáticas de aborto hemos teñido por eosina miriadas de finísimos microbios puntiformes, sueltos, en parejas y montones irregulares como los estafilococos en otra blenorragia uterina como foco principal de más de siete meses en pretuberculosa, bastoncitos rectos y curvos agrupados en algunos sitios, muchos como formados de varios elementos puntiformes parecidos a estreptococos, algunos en ángulos, otros en pequeños arcos entre grandes células pavimentosas poligonoides y alargadas de uno a tres núcleos—en otra de contagio conyugal con uretritis de escasa secreción y retrodesviación con flexión uterina acentuada, anejos izquierdos adheridos había de microbios finos en hilera como bastoncitos en gran cantidad y agrupaciones diversas en el exudado uterino en tanto que hay diplococos finos y escasos en el uretral—en muchacha joven con marcada caída uterina al Douglas y enterocolitis mucomembranosa; y en otra también de la veintena o tercera decena con la desviación uterina, infección colibacilar, cosa que se observa frecuentemente, hay bastoncitos bastante gruesos y articulados parecidos a los colibacilos, lo que hace suponer puedan penetrar por las vascularizaciones sanguíneas y linfáticas de las adherencias que atan estas vísceras. Así sucesivamente, dada la disparidad de microbios hallada, desapareciendo muy pronto el gonococo, acaso por el incremento de las floras saprofitas y por la abundante eliminación de células del hocico de tenca que encontramos formando placas en las preparaciones que recogen los productos infecciosos de esta zona uterina es de alta utilidad, y así venimos haciendo la investigación previa para regular el tratamiento.

En general, los tiempos de que debe constar una buena cura uterina, habida cuenta de ser la fuente más alta y continua de la infección cuyos gérmenes poliformes son extendidos a la totalidad del sector genital que está por debajo, la más difícil de apreciar objetiva y subjetivamente por su función discontinua y tardía, la enervada donde confluyen las complicadas vías superiores amenazadas de su ataque ascendiendo los gonococos, lo cual, aunque antes se suponía quedaba indemne el cuerpo uterino no es así desde el momento en que haya estrecheces de orificio y conducto cervical por cicatrices congénitas, por escaso desarrollo infantil, hiperplásica por pólipos, fugosidades y ectropion mucoso, inversiones de útero, que hace quede más declive el cuerpo y más alto cuello con la retención morbosa consiguiente, cateterismos o maniobras extemporáneas, etc. Por estos y otros muchos datos, cual la difícil fijación del huevo, del paso de la hemorragia menstrual, la localización superior, la metritis es esencial.

El primer tiempo será el lavado muy caliente de hocico de tenca, fondos de saco y paredes vaginales con chorro fino de buena presión y con soluciones de alcalinos borato, bicarbonato, perborato, sales de sosa, el agua oxigenada, las tinturas de guayaco, mirra, trementina; en suma, medios que arrastren las secreciones mucopurulentas haciéndolas más fluidas cuando embadurnan las paredes; y caso de no haberlas, se hará con soluciones algo curtientes o desecantes y ligeramente antisépticas de ácido picrico, azul metileno, permanganato, tanino y derivados, ratania y otros de estos tipos para dar mayor dureza a la mucosa, (valga la frase) esterilizando de paso por fuerte arrastre y temperatura apropiada de estos suaves antisépticos, los elementos microbianos depositados en las anfractuosidades bien distendidas por especulum de la región; después se hará el lavado cuidadoso del conducto endocervical, eligiendo el medio más apropiado para la clase de infección que tengamos ante nosotros con sonda Dóleris u otra de doble corriente en los úteros de abertura externa por partos y en los orificios estrechos de las nuliparas con las finas fácilmente permeables de Ultmann o la de corriente recurrente de Janet u análogas a estas uretrales y construídas *ad hoc*, siedo aquí donde está más indicada la aspiración de Bien.

El segundo tiempo lo forman los toques con soluciones concentradas de los agentes más indicados en relación con la naturaleza del proceso hecho con portatorundas esterilizados de tamaños apropiados a los calibres de los úteros que tratemos, insistiendo con la energía y tiempo necesario para obtener el cambio correspondiente y la penetración hasta donde anide el germen, los cáusticos fuertes de formol, fenol, cloruro de zinc, nitrato de plata, despegamiento o noviformación de la mucosa.

El tercer tiempo debe consistir en colocación de las mechas de gasa esterilizada simple, iodofórmica, fenicada, tripaflabínada, bálsamos trementina, copaiba, peruviano, gurjum, Comendador, ictiol; pero esto para las fases finales catarrales, procurando no emplear ni glicerina, ni ungüentos, ni sustancias espesas cuando haya mucha infección; siendo la supuración abundante y el comienzo microbiano específico reciente, pues tras de no esterilizar, obtura y deja pegada la secreción con gran perjuicio, *ubi pus. ubi evacua*, prefiriendo entonces los polvos antisépticos iodol, aristol, xeroformo, dermatol, tanismuto, protargol, argirol, eligiendo los derivados del yodo y de plata si el cuello está íntegro y bastante tumefacto; los de tanino y bismuto si hay erosiones con poco aumento de diámetro; pero tienen el inconveniente de hacer una papilla espesa con la secreción muy mucosa, quedando separados de la pared donde tienen que realizar sus efectos, y separados rápidamente del sitio a poco que sea abundante el flujo como es de regla en estos períodos primarios, y aun sin esto quedan envueltos por la viscosidad del medio, por lo que son mucho mejores las mechas mojadas en soluciones de los mismos cuerpos

químicos que sirvieron para los dos tiempos anteriores, pues así reblandecerá y dará salida afuera lo que en el foco se produce, debiendo rodearse esta torcida de gasa central que nace de fomento de gasa o algodón seco esterilizado a su paso por la vagina para mantener seco el conducto.

En los casos en que no se crea conveniente columnizar la vagina, que realizada a conciencia impide muchas infecciones secundarias dejando limpios muchos recesos y dando estabilidad mayor, conveniente a g-nitales internos, y que su tendencia por engrosamiento, aumento de peso, esfuerzos de defensa y por estreñimiento ligado a estos efectos periintestinales, posiciones de cura y demás, tienden a echar atrás estos órganos, en las que se deja libre la vagina, se embadurnará todo el conjunto y la vulva con permanganato saturado y azul de metileno simple, argéntico o fenicado para modificar los saprofitos y limpiar las criptas y repliegues que suele haber sobre todo al lado del meato.

Todos los tiempos en que consideramos, se pueden desdoblar estas especialísimas curas, si se quiere ganar terreno de día en día, serán hechos con todo detalle y en cada uno de los conductos focales, con la diferencia de que en el tejido de la uretra de una sola capa de células, y, por tanto, más delicado será de mayor suavidad con soluciones más flojas, evitando hacer sangrar, la penetración más lenta, la sujeción del porta-algodón más vigilada por la gravedad que traería quedar una de estas torundas en la vejiga, la cistitis o incontinencia que puede provocar, y aquí si creemos para facilitar las maniobras convenientes, los glicerizados y aceites medicamentosos hasta los lápices y bastones, procurando queden bien sujetos, cosa difícil, sino se usa apropiada T de ano, el epitelio uretral se deja penetrar bien.

Cuando la fase es crónica o después de unas dos semanas de este tratamiento se ve no mejorar francamente las localizaciones, se estará obligado a las aplicaciones físicas de alta frecuencia, sobre todo para la uretra de diatermia, principalmente para la matriz, si bien hay que tener en cuenta que, así como en las estrecheces uretrales y lesiones prostáticas del hombre, de maravillosos resultados, que compruebo de continuo en la mujer, el corto tubo de unos cuatro centímetros, no suele presentar estrechez; sus glándulas son más superficiales y, por tanto, sus filamentos, que son moldes de la misma, son más redondos y grumosos, menos larguillos y profundos, y la matriz, aunque parecida por la retención o almacenaje que hace de la infección a la próstata masculina los dos órganos más perturbados que encontramos en clínica de blenorragia, tiene amplia salida, paso de sangre menstrual, espermatozoides y óvulos por conducto central algo amplio, donde abocan los demás, siendo difícil de formar esas retenciones e induraciones que indican el calor ditérmico para su cura.

Lo verdaderamente indispensable para la buena organización de estas etapas, es el conocimiento de los

SIL = AL

Silicato de aluminio purísimo

Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso. Madrid

Ayuntamiento de Madrid

microbios que están en evolución, procurando en lo posible sean los compuestos del mismo grupo químico que tienen acción electiva quimioterápica sobre el mismo germen los empleados *intus et extra*.

Los permanganatos cúpricos, sobre todo el sulfato y citrato amoniacal argénticos más los orgánicos y el nitrato, tripaflavina y sus combinaciones tano, sano y argeflaviana, anisinas y derivados como azul, fuchina, ya solos, ya conjuntos, eligiendo unos u otros, según tiempo y forma, número y resistencia de los elementos de la infección cuando son los genococos en las fases primarias agudas donde son exclusivos. Los mercuriales oxicianuro, hermofenil, sublimado, si son focos o gérmenes de asociación secundaria estafilococos, diplococos, que son los más frecuentes, sobre todo en la uretra de ambos sexos en los períodos crónicos.

Las sales de cobre, los fenicados, iodados si son estreptococos, cosa frecuente cuando hay coincidente, estados puerperales e infecciones de esta asociación u origen por supuraciones superficiales de genitales externos, llenando las mejores indicaciones las primeras, más extensivas por su menor toxicidad, que permiten ampliamente vía local y aun intravenosa, lo cual realizamos a diario en nuestras consultas.

Las sales de zinc, de albúmina, tanino y hierro en las fases finales catarrales amicrobianas o de escasos microbios sin poder patógeno definido.

La graduación de las soluciones tanto para lavado, toque y mecha permanente será hecha no sólo atendiendo al período, agudeza, extensión, profundidad y complicaciones glandulares, reacciones locales, linfoganglionares y generales, datos objetivos macroscópicos, sino guiados a más por los análisis de las preparaciones que deben hacerse semanalmente cuando menos en las fases agudas de quince a treinta días en las crónicas, concentrando tanto más los antigonorreicos cuanto menores reacciones en la enferma, menor descamación celular con mayor proporción de microbios virulentos y de leucocitos que los fagocitan parcialmente, análogamente a lo que hacemos en dermatosis donde según domine lo pitiriástico, lo seborréico o lo microbiano, así pronosticamos y tratamos con asociaciones distintas de los medios que sabemos tienen acción sobre cada uno de estos factores.

La titulación oscila del: 1.º Por 10.000, el 1 por 1.000 para el lavado, del 1 por 100 a saturación para los toques y curas permante; pero en éste muchas veces se precisa dosis media entre el máximo de la primera y el mínimo de la segunda. Conviene evitar los tratamientos sistemáticos, unívocos, pensando siempre que la terapia magna *sterilisans* no se concibe ni es lógica en Medicina, y un sólo medio o proceder, por moderno que sea, no puede dar resultados definitivos en enfermedades donde la característica es la rapidez y profundidad que la multiplicación excesiva microbiana determina, la multiplicidad y dificultad que presentan los sitios invadidos, creyendo indispensable para la curación los siguientes requisitos, que pocas

veces se cumplen en clínica este desideratum: 1.º Frecuencia de las curas y determinación de los sitios invadidos con el mayor conocimiento de los caracteres clínicos y microscópicos para llevar a cada foco aquellos elementos de mayor indicación que han de variar de unos sitios a otros, y tienen forzosamente que dejar de ser unívocos, como usualmente vemos hacer sin completo conocimiento de causa, de terreno y de infección. 2.º Combinación científica y práctica de los enormes elementos, de las armas generales y las auxiliares con que cuenta el arsenal. cada día más amplio, puesto a nuestra disposición en justa armonía lo químico con lo físico, con lo biológico, única manera de poder abordar por distintas vías de fuera a dentro y de dentro a fuera con agentes unos bactericidas contra la infección, otros modificando el terreno exaltando sus atenuadas defensas y otros modificando la organopatía cercana o lejana que influye dando gran rebel- día a los flujos infecciosos genitales.

Frecuentemente se observa en linfáticas anémicas, tuberculosas, en suma, organismos hiponutridos con predominio de un sistema o infectados crónicamente que las uretritis, las metritis rectitis y demás fijaciones del proceso merbeso adquieren altos vuelos; las tumefacciones son acentuadas, edematosas; las secreciones, abundantísimas; las mucosas, débiles, dejándose invadir y hasta ulcerar con facilidad, dando las formas sibregudas y las asociaciones y floras microbiadss más distintas, y pese a las mejores curas, a las más ideales vacunas, no encuentran organismos para enérgicas reacciones defensivas, y queda dueña y en señoreada la genococcia.

Hemos visto la abundancia de estas extensiones con supuración proporcional desde la primera contaminación a toda la mucosa uretrogénitrectal por propagación, y aquí es donde se requiere las curas más metódicas inteligentemente planeadas, escogitando lo mejor de lo mejor, pertenezca a la época y escuela que se quiera; dejando bien modificadas las superficies con aislamientos suficientes, tratando con inyecciones de aratropina, salol, benzoato; más aún, con tripaflavina y sus compuestos formalina, sales amoniacales, de cobre y otras muchas sustancias antisépticas bien toleradas por vía endovenosa, de las cuales mi experiencia va siendo favorable, siendo tanto más necesarias en sexo femenino no sólo por la ascensión que hace hasta tubo-ovario, tan inmediato al peligro al importantísimo peritoneo, sino por la separación mayor de conductos urinarios y genitales con mayor localización en estos últimos, no pudiendo llegar en cantidad bastante a estas profundas regiones más que por directa vía sanguínea, ayudando con la digestiva; por los mismos productos para la desinfección urinaria cuando hay participación de ésta, teniendo que completar con las vacunas autógenas o las análogas a los microbios en acción, no empleando más que aquellas que el laboratorio nos indica más oportunas en cada caso.

Vamos adquiriendo la costumbre, para simplificar algo dentro de lo complejo y para mayor estudio del

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)

valor real de las cosas, hacer comprender a las enfermas la índole, cuidados que exige su blenorrea para evitar los peligros de la misma y la constancia y frecuencia con que han de hacerse las curas, la ayuda que han de prestar, con la convicción que tenemos de que cuando radica la enfermedad en los tramos accesibles a nuestros medios es curable siempre que no haya estas dos circunstancias contrarias: mal terreno y género de vida que se dejan invadir como ola de fuego, y localizaciones tan alejadas que precozmente suelen acompañar a estos casos; y si muchas veces quedan indefinidas las purgaciones, es por la poca seriedad, escrupulosidad, obediencia y malos hábitos que tienen la mayoría de estas desdichadas; en unas, las honestas o adquiridas en un medio honrado por la pena, dolor moral y material que le ocasiona pagar culpas ajenas con el pudor de la misma; en la viciosa, por su indiferencia y abandono que supone en su vida de francachela. En las primeras, sobre todo cuando el marido está en fase de flujo agudo o de agudización, son frecuentes las uretritis primitivas, concurriendo los factores de coitos demoradas, repetidos, micción tardía, desproporción o dificultad en la cópula, por lo que los dolores, frecuencia de orina y espontánea y a presión hasta serosa sanguinolenta, abren el cuadro, coagulándose el pus en las criptas y depresiones de mucosa uretrovulvar, dando trozos o puntos gruesos con la orina; después, cuando es menor, más finos, parecidos a sémola, pero casi nunca los filamentos moldeados en conductitos por menor desarrollo de uretra y glándulas, las que son más dilatables y recorridas con fuerza y frecuencia mayor por el líquido urinario, representando una quinta parte de la uretra masculina, razones que hace que en los casos de cronicidad esté casi exclusivamente constituida por foliculitis cercanas al meato o por reinoculaciones de la secreción vertida de vía genital más superior, haciéndose más sencilla la curación por el relieve granuloso que sueñen hacer las glandulitas afectas, en las cuales la ignipuntura electrolítica y la punción e inyección con las agujas de Yanet se quitan.

(Se concluirá.)

Sección oficial

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REAL DECRETO

A propuesta del Ministro de la Gobernación,
Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo único. Para los efectos legales y administrativos los consejeros de Sanidad tendrán los mismos derechos y prerrogativas que las disposiciones conceden a los consejeros de Instrucción pública.

Dado en Palacio a ocho de febrero de mil nove-

cientos veintiuno.—ALFONSO.—El Ministro de la Gobernación, *Gabino Bugallal*.—(*Gaceta* del 15 de febrero.)

INSPECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

En virtud de las facultades que concede a esta Inspección general de Sanidad la Real orden de 29 de noviembre último, he acordado disponer que los ejercicios del concurso-oposición para proveer las plazas de auxiliares sanitarios que forman parte de la Brigada Sanitaria Central, den principio el día 7 de marzo próximo, a la hora que al efecto señale el respectivo tribunal en el cartel de anuncios del Instituto de Alfonso XIII, donde aquéllos tuvieran lugar, y que los Tribunales se constituyan en el expresado día, formando parte del que ha de juzgar los ejercicios de los aspirantes a plazas de auxiliar técnico y las tres de auxiliares desinfectores, don Julio Blanco, subjefe de la expresada Brigada, como presidente, y como vocales, D. Antonio Ortiz de Landaruce y Rodríguez y D. Carlos Gil y Gil, ayudantes de la misma, y del relativo a los dos auxiliares mecánicos, D. Víctor María Cortezo, jefe del Parque Sanitario Central, como presidente, y como vocales, D. Victorino Serrano Lafuente, ayudante técnico del Parque Sanitario, y D. Antonio Ortiz de Landaruce, ayudante de la Brigada sanitaria.

Lo que se publica en este periódico oficial a los efectos procedentes.

Madrid, 22 de febrero de 1921.—El Inspector general, *Manuel M. Salazar*.—(*Gaceta* del 23 de febrero.)

De conformidad con la base 3.^a de las formuladas para la reglamentación del servicio de profilaxis públicas de las enfermedades venereosifilíticas aprobadas por Real orden de 13 de marzo de 1918 y a lo dispuesto en el Reglamento de dicho servicio redactado para Madrid por la Junta central permanente contra las expresadas enfermedades, aprobado por Real orden de esta fecha, se anuncian vacantes para su provisión en propiedad por concurso-oposición siete plazas de médicos reconocedores adscritos al indicado servicio y dos más con destino al laboratorio anejo al Dispensario antivenéreo.

Tanto unas como otras plazas, según lo dispuesto en el art. 40 de dicho reglamento estarán dotadas con la gratificación anual de 3.000 pesetas, y sus ejercicios de oposición y cuestionario de temas serán los señalados en la Real orden de 17 de junio de 1918 (*Gaceta* del 20).

Conforme a la misma se designará en su día el Tribunal que ha de juzgar estas oposiciones, cuyos ejercicios darán comienzo en el local y fecha que oportunamente se anunciará.

Los aspirantes que deseen tomar parte en estas oposiciones deberán presentar sus instancias documentadas en el Registro general de este Ministerio

LA DIABETES

Y SUS COMPLICACIONES

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

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

desde esta fecha hasta el día 15 de abril del corriente año, siendo los requisitos indispensables que habrán de justificar los siguientes:

- a) Ser español o estar naturalizado en España.
- b) No exceder de cincuenta años el día de la convocatoria.
- c) Hallarse en el pleno goce de sus derechos civiles y políticos y tener buena conducta.
- d) Estar dotado de la actitud física necesaria para los servicios que se han de prestar.
- e) Poseer el título de licenciado o doctor en Medicina y Cirugía.

Al recoger la papeleta que acredite haber presentado los documentos necesarios para tomar parte en los ejercicios, cada opositor abonará en metálico por derechos de oposición la cantidad de 30 pesetas.

Los ingresos que se obtengan por el expresado concepto se destinarán a satisfacer, en primer término, los gastos de material que se originen con motivo de dichos ejercicios de oposición, y el resto se distribuirá por iguales partes entre los individuos del Tribunal. El mismo día en que terminen los ejercicios, el Tribunal deliberará y elevará a la Inspección general de Sanidad todo lo actuado y la propuesta de los opositores aprobados por riguroso orden de calificación para el desempeño de las plazas anunciadas en la convocatoria, limitándose a incluir en la propuesta solamente el número preciso y necesario para cubrirlas.

La Inspección general de Sanidad remitirá al Comité ejecutivo de la Junta central antivenérea todo el expediente de las oposiciones verificadas para que informe sobre la legalidad de las mismas, lo cual hecho, se devolverá a dicha Inspección general para que se sirva aprobarle y nombrar a los propuestos.

Madrid, 22 de febrero de 1921.—El inspector general, *Manuel M. Salazar*.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 714,4; ídem mínima, 701,0; temperatura máxima, 14°4; ídem mínima, 0°9; vientos dominantes, NNE. NE. E.

Con el sostenimiento de la proporción numerosa de catarros de las vías respiratorias se observa acrecentamiento en el número de los procesos inflamatorios agudos e infecciosos del pulmón y de la pleura; la mortalidad ha tenido algún aumento. Los reumatismos y las dermatosis artríticas también se han presentado en crecido número.

Crónicas

La Cruz de Beneficencia al Obispo de Orense.—El Rey ha firmado, en los últimos días del pasado febrero, un decreto del Ministerio de la Gobernación, en virtud del

cual se concede a D. Eustaquio Ilundain y Esteban, obispo de la diócesis de Orense, la gran cruz de la Orden civil de Beneficencia, con distintivo blanco, por sus innumerables actos de abnegación e inagotable caridad en bien de los epidemiados de la provincia de Orense, y en general de la humanidad desvalida.

Los honorarios de los médicos de Vizcaya.—Comunican de Bilbao que el Colegio de Médicos de Vizcaya ha dirigido una comunicación al gobernador civil, exponiendo las razones que impiden a los médicos rebajar sus honorarios. Se fundan en que, durante la guerra, los mantuvieron muy bajos; y ninguna razón hay para que los rebajen ahora más todavía.

La viruela.—La Junta provincial de Málaga celebró el día 18 del pasado una reunión, en vista de los casos de viruela y tifus que se presentan en forma epidémica.

Se adoptaron diversas medidas para atajar el mal.

En Alicante, en vista de que se han presentado algunos casos de viruela en el caserío de la Santa Faz, próximo a esta capital, el alcalde envió a un facultativo para que procediese a la vacunación.

El maestro se negó a que se practicara en la escuela, y todos los vecinos se resistieron a vacunarse.

El alcalde ha dispuesto que vayan mañana al caserío los practicantes acompañados de la Guardia civil para vacunar a la fuerza a los rebeldes.

Seguimos en el mismo estado de incultura.

Comisión sanitaria de Almería.—Vista la propuesta elevada por la Comisión Sanitaria Central, y de acuerdo con lo dispuesto en el art. 3.º de la Real orden de este Ministerio de 10 de junio último,

S. M. el Rey ha tenido a bien nombrar vocales de la Comisión Sanitaria provincial de Almería a los señores siguientes, que reúnen las condiciones señaladas en el artículo 2.º de la mencionada disposición:

D. José López Rodríguez, Ingeniero de Caminos, Canales y Puertos; D. Enrique Vargas, Ingeniero de Minas; D. Juan de la Cruz Soler, Ingeniero agrónomo; don Eduardo Pérez Cano, Doctor en Medicina, vicepresidente de la Junta provincial de Sanidad, jefe de la Sección de Bacteriología del Laboratorio municipal; D. Fausto Lagasca Ruiz, licenciado en Ciencias Físicoquímicas, director del mismo Laboratorio, y D. Luis Ortega Nieto, doctor en Medicina y director de Sanidad del puerto.

Médicos forenses.—Han sido nombrados médicos forenses y de las prisiones preventivas de los Juzgados de primera instancia de Torrelaguna y Navahermosa, los Sres. D. Luis Conde Cid y D. José María López Ocaña, respectivamente.

Nuevo consejero de Sanidad.—La *Gaceta* del día 9 de febrero publicó un Real decreto del Ministerio de la Gobernación, en virtud del cual, y para cubrir la vacante producida por la muerte de nuestro querido compañero D. Nicolás Rodríguez Abaytúa, se nombra consejero del Real de Sanidad a D. Rodolfo del Castillo y Ruiz, doctor en Medicina, en quien concurren, además de las condiciones legales, dotes que le hacen acreedor de tal cargo.

Nuestra enhorabuena.

Real Academia Nacional de Medicina.—Los profesores Faure y Marion, de la Facultad de Medicina de París, darán una conferencia en los días 14 y 15 de los corrientes, a las seis y media de la tarde; en el local de la misma, Arrieta, 10.

Curso de dermatología.—El doctor D. Antonio Navarro Fernández, dará un curso de enfermedades de la piel

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

y sifiliografía cutánea y visceral, los martes, jueves y sábados, de cuatro a seis de la tarde en su consulta del Real Hospital del Buen Suceso.

La matrícula es gratuita para los médicos e internos.

La Cruz de San Hermenegildo para un médico militar.—En consideración a lo solicitado por el Inspector Médico de segunda clase, D. Eide Lombana Sáez, y de conformidad con lo propuesto por la Asamblea de la Real y Militar Orden de San Hermenegildo, le ha sido concedida por el Rey la gran Cruz de la referida orden con antigüedad de 5 de agosto último.

Jubilación del profesor Lecha Martínez.—Por Real decreto de 18 de los corrientes, ha sido jubilado el ilustre catedrático de Medicina legal de la Universidad de Valladolid D. Luis Lecha Martínez, tío del malogrado catedrático que fué de las Universidades de Granada y Sevilla, Antonio Lecha Marzo.

La muerte a temprana edad de este joven y ya ilustre profesor, interrumpió la eficaz colaboración que venían realizando los Sres. Lecha con Wellsch: *Dominicis, Der-vient*.

Las relaciones que ambos tuvieron con los especialistas medicolegistas de Europa y América, trajeron a España los últimos conocimientos sobre toxicología, dactiloscopia y psiquiatría.

Al ser jubilado el doctor Lecha Martínez, no sabemos qué será de esta labor que con tanta eficacia venían realizando los ilustres profesores.

Siguen los escándalos de la Beneficencia oficial.—Si es lamentable lo que se hecho con los pobres locos de Mérida y el trato que se da a los asilados de Vallehermoso, es también vergonzoso y en otro país se acudiría pronto al remedio, de lo que pasa en la Inclusa de Madrid y en el Hospicio de Aranjuez.

Hace poco más de un año la cifra de la mortalidad en la Inclusa era tan enorme que todos los órganos de la opinión intervinieron en protesta unánime para que se pusiese coto al trato que se daba a los pobres niños, y no hace muchos días, para que se pueda juzgar del eco que tuvieron estas protestas, se dijo en la Diputación misma que la cifra de defunciones registrada en el mismo establecimiento el año último fué de 582.

Los malos ejemplos cunden y en el Hospicio de Aranjuez, según palabras de otro diputado provincial pronunciadas en sesión pública, los hospicianos no reciben la instrucción debida ni el alimento necesario. Esta última falta, en tal grado, que el día 14 tuvieron que escapar del establecimiento, protestar airadamente y hasta pedir limosna para poderse procurar algún alimento.

Sin comentario.

Oposiciones a médicos de Higiene.—En Madrid, nueve plazas; instancias hasta el 15 de abril. Obra única, 25 pesetas.—Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid

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 con plaza. Obra única por los Sres. Ferrán, Delgado y Campos, 60 pesetas.—Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid,

Al presente número acompañamos una literatura del producto ACEITE "BAYER" AL IOTION, cuya lectura recomendamos, de la Casa Bayer y C.^a, Ausias March 16-18 (Chafan Bruch), Barcelona.

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 - Lauria 74
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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