

# 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:

<b>Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO</b> <b>J. DE AZÚA</b> Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	<b>Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL</b> <b>A. FERNÁNDEZ</b> Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	<b>Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ</b> <b>G. MARAÑÓN</b> Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.	<b>G. RODRÍGUEZ LAFORA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
<b>J. BLANC Y FORTACIN</b> Del Hospital de la Princesa.	<b>A. GARCÍA TAPIA</b> Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	<b>A. MEDINA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina	<b>J. SANCHIS BANÚS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
<b>L. CARDENAL</b> Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	<b>F. GONZÁLEZ AGUILAR</b> Director-Médico del Instituto Cervantes.	<b>J. MOURIZ RIESGO</b> Jefe del Laboratorio del Hospital General.	<b>J. SARABIA PARDO</b> Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
<b>J. CODINA CASTELLVÍ</b> Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	<b>J. GOYANES</b> Cirujano del Hospital General de Madrid.	<b>B. NAVARRO CÁNOVAS</b> Profesor de Radiología del Hospital Militar.	<b>F. TELLO</b> Director del Instituto Alfonso XIII
<b>V. CORTEZO</b> Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	<b>B. HERNÁNDEZ BRIZ</b> Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	<b>S. PASCUAL Y RÍOS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.	<b>L. URRUTIA</b> Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
<b>L. ELIZAGARAY</b> Del Hospital General de Madrid.	<b>T. HERNANDO</b> Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	<b>A. PULIDO MARTÍN</b> Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	<b>R. DEL VALLE Y ALDABALDE</b> Del Hospital General.
<b>A. ESPINA Y CAPO</b> Académico de la Real de Medicina.	<b>F. LOPEZ PRIETO</b> Ex-Médico-Titular.		

Redactor Jurídico: **A. CORTEZO COLLANTES**

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:** Notables casos de infección gripal, por el Dr. Baltasar Hernández Briz.—La electrocardiografía, por el Prof. Vaquez.—La tuberculosis en España, por el Dr. Francisco Rico.—La sífilis gástrica, por el Dr. G. Leven.—**Periódicos médicos.—Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Medicina social, por el Dr. Aguado Marinoni.—Un llamamiento de la Cruz Roja.—Contra las enfermedades evitables.—**Sección oficial:** Ministerio de la Gobernación.—Ministerio del Trabajo.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

## CASUÍSTICA CLINICA

### NOTABLES CASOS DE INFECCION GRIPAL

POR EL

**DR. BALTASAR HERNÁNDEZ BRIZ**

Médico jefe de la Inclusa, Colegio de la Paz y Asilo San José de Madrid.

**MENINGITIS CEREBROESPINAL SEROSA; NEUMONÍA DEL VÉRTICE DERECHO DE NATURALEZA GRIPAL; CURACIÓN**

Señora casada, de cincuenta años de edad, sin haber tenido hijos y sin antecedentes hereditarios; como patológicos tuvo dos bronconeumonías y la gripe de forma torácica hacía tres años.

En plena salud y estando en la corte con su marido pasando una temporada cae enferma repentinamente con gran dolor de cabeza y fiebre alta. El día 22 de Mayo la visito y reconozco por la noche en el Hotel de Málaga donde paraban. No aprecio más que los síntomas indicados sin ninguna localización apreciable. A la mañana siguiente la fiebre es más alta, 40° y décimas; se presentan vómitos y se acentúa el estado soporoso, una verdadera letargia; dispongo sea trasladada á la casa de su cuñada y que celebraremos consulta con el Dr. Codina. Por la noche nos reunimos y opinamos de perfecto acuerdo, que no presentando más síntomas que la fiebre, los vómitos, el intenso dolor de cabeza

localizado en su parte posterior, el estado letárgico y la contracción pupilar (un cuando reaccionaba bien á la luz) que se trataba de una infección de los centros nerviosos cerebromedulares, como si se dibujase el comienzo de una meningitis cerebromedular, aun cuando no presentaba en aquel momento ni rigidez de la nuca ni signo de Keurrick. La enferma orinaba muy poco y se la dieron los sellos de urotropina y teobromina que ya había dispuesto, una inyección de electrargol Clin y la leche fría con trocitos de hielo.

A la mañana siguiente los síntomas se habían acentuado y ya presentaba el Keurrick—al sentarla encogía las piernas—y tenía muy manifiesta la raya meningítica de Trousseau, la temperatura de 40°. Se presentaba francamente el síndrome de una meningitis cerebroespinal. ¿De qué naturaleza? ¿Era á meningococos? Celebramos otra consulta con el Dr. Rezabal y Megía y convinimos que el laboratorio decidiría de su naturaleza y de la conducta á seguir, pues haciendo la punción lumbar veríamos si el líquido cefalorraquídeo salía turbio, entonces sin esperar á su análisis haríamos las inyecciones del suero antimeningocócico inmediatamente, pues es hoy el único tratamiento curativo de las meningitis cerebroespinales epidémicas á meningocócico.

Se practicó la punción lumbar y extraje 50 c. c. de líquido cefalorraquídeo transparente como el cristal de roca y habiendo salido con gran presión, á chorro, Este



dato macroscópico nos hizo desechar la idea de que se tratase de una meningitis cerebroespinal epidémica. ¿De qué naturaleza era? El análisis del líquido cerebroespinal hecho por el laboratorio del Dr. Megía (Instituto Llorente), demostró que *no había bacterias ni germen alguno*, y su composición (química y bacteriológica) *era completamente normal*.

Desde este momento, una vez lograda la descompresión de los centros nervios por el líquido extraído, cesó el dolor de cabeza, desapareció la fiebre á las pocas horas, quedando la temperatura á  $36 \frac{1}{2}$  grados, cesaron los vómitos y empezó á orinar, siendo la orina completamente normal sin tener ni indicios de albúmina.

Indudablemente se trataba de una *meningitis cerebroespinal serosa*. Cuando ya creíamos conjurado todo peligro, á las cuarenta y ocho horas después, se eleva la fiebre y se presenta dolor del costado derecho. Por la auscultación se comprueba un foco neumónico del vértice de dicho lado. La dispongo las inyecciones de electragol Clin—que ya se la hubiese puesto alguna—unas gotas de la disolución al milésimo de la digitalina de Nativell y las inyecciones de aceite alcanforado; y á los siete días justos hace crisis la neumonía, se pone la temperatura á  $36 \frac{1}{2}$  grados y entra la franca convalecencia.

INFLUENCIA PERNICIOSA DE LA GRIPE EN EL RECIÉN NACIDO QUE NACIÓ CON DICHA DOLENCIA Y DE LA QUE MURIÓ Á LOS DOCE DÍAS DE EDAD

Se trata de una señora joven que tenía tres niños (habiendo nacido uno cada año) que próxima á dar á luz en el cuarto embarazo, hay en la casa una pequeña epidemia familiar de gripe ligera y benigna; las criadas, los tres niños y el padre, afectos de tráquea, laringitis gripal, contagian á la madre que presenta fenómenos catarrales de las vías altas y muy alarmada me llama porque había oído que todas las jóvenes embarazadas que sufrieran la gripe se morían. La tranquilizo porque, repito, su infección era muy benigna.

Da á luz cuarenta y ocho horas después una niña perfectamente desarrollada y robusta, produciéndole á la madre gran alegría, pues deseaba tener una niña, ya que sus otros hijos eran varones. Esta niña presentaba desde las pocas horas de nacer una *tos fuerte de catarroso viejo* y unos accesos de *laringoespasmos* enormes; presencia una y la niña se ponía cianótica y parecía que dejaba de respirar; en los intervalos, normalidad completa, mamaba bien y los depositos normales, la temperatura normal. Como hacía mucho frío no la llevaron á bautizar esperando mejorase el tiempo. Los casos en este estado se hacen más frecuente é intensos los laringeos, se presentan extortores y ronquidos á la auscultación de ambos pulmones, y la niña aparentemente bien espabilada y mamando y haciendo sus deposiciones y orinando mucho, y una noche deja de mamar y á las pocas horas muere.

Indudablemente el germen ó la toxina de la gripe determinaron este funesto desenlace, ¿adquirió la gripe por la vía placentaria, ó se contagió en el momento de nacer puesto que la familia y la madre sufrían esta enfermedad?

Yo creo que por vía placentaria adquirió esta dolencia, puesto que la tos de vieja que presentaba esta niña á las pocas horas de nacer, así lo hacían sospechar y en los niños de pecho sabemos por experiencia que son inmunes á la mayoría de las enfermedades infecciosas. En la Inclusa tuve—como ya tienen conocimiento mis lectores—hace dos años una epidemia (400 casos) y los niños de pecho apenas hubo alguno que la sufrió. Tampoco he visto en mi larga práctica esos laringoespasmos en niños de tan pocos días, pues esta niña vivió doce días y tuvo el capellán castrense que bautizarla en la casa, pues no llegó á salir á la calle. Lo particular de este caso es que no se apreció fiebre alguna durante su corta existencia, infebril se desarrolla el proceso que determina la muerte de la niña. La toxina de la gripe es una terrible vacuna para los centros nerviosos; de aquí esa gran astenia aun de las formas más benignas y esos fenómenos contagiosos, tanto de los centros nerviosos traducidos en los estados letárgicos, en las bronconeumonías, congestiones renales, cerebrales, etc., etc.

En la etiología y la patogenia de la gripe hay muchos puntos oscuros, no conocemos de una manera exacta el germen ó microbio que la produce, sabemos por la experiencia de los hechos que es altamente contagiosa y que presenta infinitas formas.

Ha sido de observación general en estas últimas invasiones de la gripe que las jóvenes embarazadas morían la mayoría de ellas; ¿por qué adquiere esta gravedad tan grande en el embarazo? ¿Por qué las formas nerviosas más variadas dominan en unas ocasiones á otras? Letargias, neuralgias los más diversos, hipo, parálisis del neumogástrico ocasionando muertes repentinas. ¿Por qué en unos individuos la infección gripal se va localizando en varios órganos sucesivamente, revisitando una forma tan larga, variada y grave, al paso que en otros apenas la infección es insignificante?

Hoy repito muchísimo que desconocemos en esta interesante enfermedad que la ciencia irá poco á poco aclarando; mientras tanto los casos clínicos más curiosos deberán documentarse para contribuir de este modo al conocimiento perfecto de esta dolencia.

## LA ELECTROCARDIOGRAFIA

POR EL

PROFESOR VAQUEZ

Conferencia dada en el Hospital de la Pitié el 9 de Diciembre de 1920 á los médicos catalanes.

Actualmente oiréis hablar á menudo de los servicios que presta la electrocardiografía en el estudio de las cardiopatías, pero sólo á los especialistas, porque parece que hay una excisión en el campo médico y que los que no se dedican en especial á este asunto, dicen que lo que se hace es complicar extraordinaria é inútilmente la Medicina. Es curioso que al paso que todo el mundo reconoce que para el conocimiento de las enfermedades del hígado y del estómago, por ejemplo, hacen falta medios de exploración cada vez más precisos, se rechazan los medios de esta índole para el estudio de las enfermedades del corazón, conformándose con los



procedimientos antiguos de exploración, que consisten en la percusión y la auscultación.

En 1853 se introdujeron en Medicina los métodos gráficos debidos á Marey, y ya sabéis los servicios tan inmensos que han prestado al estudio de las enfermedades del corazón, porque han permitido darse cuenta de cierto número de fenómenos que sin ellos estarían ignorados todavía, y ante todo, la exploración del pulso. Nuestros antepasados han estado explorando el pulso durante diez y ocho siglos, sin sacar de esta exploración una indicación precisa; y los únicos datos que hoy obtenemos lo hacemos gracias al esfigmógrafo y á los métodos gráficos que más tarde nos han permitido averiguar con precisión lo que ocurre en los vasos arteriales y venosos en un momento determinado de la revolución cardíaca. No necesito deciros el partido que han sacado de estos estudios algunos autores, tales como Potain y François Frank. Por los trabajos de Chauveau y de Marey, se sabía el funcionamiento de los aparatos valvulares; pero se ignoraba todo lo concerniente al modo de verificarse la contracción cardíaca, al modo que tenía de nacer la excitación en ciertos puntos para propagarse á las diversas regiones del corazón y terminar en el sístole cardíaco efectivo.

Pues bien, todas las nociones de cardiopatología que nos han suministrado los métodos gráficos eran bastante insuficientes, como veremos en seguida. La electrocardiografía ha venido á completar los datos proporcionados por aquéllos.

La electrocardiografía consiste en la inscripción autónoma de las curvas eléctricas realizadas por la contracción cardíaca, al paso que los métodos gráficos empleados hasta la aparición de aquélla sólo inscribían curvas mecánicas, es decir, curvas determinadas por los movimientos, las elevaciones y las depresiones de los vasos arteriales y venosos.

Me conformaré con hacer un resumen de los fundamentos. Ya sabéis que cuando se contrae un músculo, el punto contraído resulta electronegativo con respecto á los puntos que quedan en reposo, de forma que se establece una corriente de acción que va desde el punto de reposo al punto excitado, y, por tanto, corriente de acción que va de la parte que se contrae á la que no se contrae.

Con tener esta noción, basta para deducir que en el curso de la revolución cardíaca se tienen que engendrar alternativamente corrientes que vayan de arriba á abajo y de abajo á arriba, en fin, corrientes en sentidos distintos.

Inscribiendo estas corrientes por medio de un aparato se habrán registrado curvas que traducirán estas diferentes fases de la contracción cardíaca.

El primero que ha realizado esta inscripción ha sido Waller, fisiólogo de Londres, quien ha demostrado que el corazón se puede considerar como un músculo aislado y rodeado de órganos que son buenos conductores de la electricidad, de manera que desde el punto de vista eléctrico, el corazón no está escondido en el fondo del pecho, sino que está en relación con el exterior gracias á las partes que le rodean: pulmones, tejido celu-

lar, piel. Derivando al exterior las corrientes de acción se pueden hacer objetivas estas curvas determinadas por la contracción cardíaca.

Ha demostrado Waller, que las corrientes de acción más enérgicas son las que nacen á lo largo de una línea que va desde la base á la punta y que estas corrientes se pueden recoger, unas en la parte superior del brazo y las otras en la parte izquierda del tórax. Poniendo un aparato receptor á nivel del cuello y á nivel de la mano izquierda es como si se hubiera colocado en la base y en la punta del corazón.

Waller había encontrado, por lo tanto, el fundamento del método, pero la realización práctica de sus ideas se debe á Einthouen, de Leyden, que ha construído un galvanómetro muy sensible llamado *galvanómetro de cuerda*.

Las corrientes de acción del corazón varían según el punto en que se recojan. Fuertes en las proximidades de la línea axial, según hemos visto, se hacen casi nulas á nivel de la línea equipotencial. Así que según el sitio en que se apliquen los aparatos receptores de estas corrientes, las curvas que se obtengan serán sumamente diferentes siendo infinitas las variedades que pueden presentar. Estas curvas se pueden reducir á tres para los fines de la práctica: son las derivaciones 1, 2 y 3.

La derivación 1, ó derivación transversa, es la que se obtiene aplicando ambas manos al aparato registrador. La mejor es la derivación 2, ú oblicua, en la que la corriente se deriva por la mano derecha y el pie izquierdo. Por último, la derivación 3 es lateral; se obtiene por la mano y el pie izquierdo; no quiero insistir sobre ello.

Estas curvas electrográficas que se obtienen pueden variar según la posición del cuerpo, los movimientos respiratorios, etc. El detalle de las variaciones éstas que se llaman fisiológicas se conoce muy bien. Sin embargo, este asunto merece señalarse, porque algunos autores extranjeros y principalmente Hering han abandonado toda confianza en el método á causa de la variabilidad extraordinaria de las curvas en una misma posición. Hasta de un sujeto á otro se notan diferencias individuales, pero que no son suficientes para alterar los resultados del procedimiento de un modo serio ni destruir su importancia.

\*\*\*

¿Cuáles son los resultados que ha proporcionado hasta la fecha la electrocardiografía? ¿Cuál es su porvenir?

Seguramente que es el método más excelente para dar á conocer las contracciones cardíacas desde que se engendran hasta que se terminan. Como sabéis, el miocardio está dotado de determinadas propiedades: la primera es la excitabilidad; el corazón es susceptible de sufrir una *excitación*. Además es preciso que la contracción se pueda propagar á los diferentes segmentos del corazón; por tanto, es necesaria la *conductibilidad*, y por fin, es preciso que el músculo sea capaz de contraerse, por tanto, la *contractilidad*.



Es evidente que, según que esté alterada una u otra de estas funciones, los trastornos cardíacos que se producirán serán sumamente variables. Basta que la excitabilidad del corazón sea demasiado grande ó que unas partes determinadas de él sean demasiado excitables, para ver cómo se presentan excitaciones suplementarias. En el estado normal, el número de pulsaciones es de 60 á 70. Supongamos que el corazón es demasiado excitable y que se contrae en momentos en los que no debía hacerlo; aparecerá un extrasístole, fenómeno insignificante; el trazado mecánico nos da cuenta de ello sin precisar, sin embargo, el lugar donde se produce, al paso que las curvas eléctricas lo indican con una precisión notable.

Propiedad de la conductibilidad: La excitación nacida á nivel de la aurícula llega al espacio que separa á ésta del ventrículo, al tabique, pasa luego á las dos ramas del fascículo de His. Imaginaos un obstáculo al paso de la contracción de la aurícula al ventrículo, dando lugar á la lentitud intermitente ó permanente del pulso; de ahí provendrán toda una serie de afecciones muy diferentes é interesantes, y vais á ver que no hay método mejor que la electrocardiografía para ponerlas de manifiesto.

Gracias á la cardiografía se conoce lo que voy á llamar patología de la aurícula, de la que antes no teníamos más que ideas confusas, siendo así que desempeña un papel importantísimo en la patología cardíaca. La electrocardiografía nos ha revelado también los trastornos de la excitabilidad, de los que los métodos gráficos no habían hecho sino darnos una idea y que están constituidos por fenómenos extrasistólicos. Pero lo notable es que la electrocardiografía nos ha revelado dos formas muy particulares de curvas que corresponden á afecciones determinadas, cosa que se podía suponer, desde luego, pero de la que no se tenía prueba. Son las formas que se han llamado fibrilación auricular y *auricular flutter*.

La taquisistolia auricular la había señalado ya Mac Williams; observó que cuando se faradiza la aurícula de un animal, llega un momento en el que se obtienen curvas muy especiales á las que ha dado el nombre de *auricular flutter*, porque se trata de un movimiento rápido y que se puede comparar al de las alas de un pájaro.

Este dato no había pasado del dominio de la Fisiología, y sólo más tarde, cuando las curvas electrocardiográficas han permitido identificar ambos fenómenos, es cuando se ha hecho del dominio general. Se concibe que esta taquisistolia auricular pueda ser grave á pesar de que el número de latidos ventriculares sea relativamente moderado.

Existe otra forma particular de modificación de las curvas auriculares que se ha conocido también merced al método que estudiamos. Como sabéis, hay algunos sujetos que presentan una arritmia de pulso caracterizada por ligero aumento del número de latidos que á veces no pasan de 110 á 120: por la desigualdad de amplitud de los mismos y la desigualdad de los intervalos que los separan. Por otra parte, esta forma de arrit-

mia es persistente á partir del momento en que aparece y se conoce con el nombre de *arritmia completa* que le ha puesto Hering; *pulsus irregularis perpetuus*. La observaréis en personas que no presentan ningún otro fenómeno morboso y llama la atención que estos individuos vivan tanto tiempo, siendo así que su corazón late de una manera tan irregular. En cambio hay otros casos en los que esta arritmia completa coincide con trastornos graves de insuficiencia cardíaca y entonces no nos extrañamos de este «delirio» del corazón, de esta «locura del pulso» cuando los accidentes cardíacos son tan graves.

¿Y por qué esta arritmia completa se considera en unos casos como síntoma que no tiene valor y en otros casos parece un corolario natural de los accidentes de insuficiencia cardíaca? Porque la arritmia completa no es un fenómeno ventricular; es un fenómeno auricular. Esta forma de pulso resulta de un trastorno de la función de la aurícula y la aurícula puede funcionar de una manera defectuosa sin que por esto se altere lo más mínimo la contracción del ventrículo. Se comprende muy bien que una persona presente trastornos de función de la aurícula sin que sienta otros fenómenos cardíacos, pero en cambio cuando el enfermo presenta síntomas de insuficiencia cardíaca, lo excepcional es que estos trastornos no coincidan con otros de la actividad auricular.

Hasta hace poco no se sabía con certeza la causa de que estos fenómenos pudieran traducirse por arritmia completa; lo único que se había comprobado era que desaparecía la elevación debida á la aurícula en los trazados mecánicos, pero se ignoraba la razón de ello. La que nos ha informado acerca del asunto ha sido también la electrocardiografía.

En caso de arritmia completa el trazado adquiere una forma muy particular que es la que se denomina «fibrilación auricular». Observad que las elevaciones ventriculares siguen siendo normales, pero que la curva auricular presenta un trazado hendido, una cantidad grande de dientes que varían de 500 á 600 al minuto y que sustituyen á la contracción auricular.

Una vez que se pudieron obtener estos trazados se los pudo comparar con los que antes habían recogido los fisiólogos. Ludwig y Hoffa habían observado en 1847 que la mayoría de las aurículas antes de entrar en la agonía presentaban un período de fibrilación, durante el cual los latidos auriculares se disociaban en número infinito y que se caracterizaba por trazados semejantes á los de nuestros enfermos de arritmia completa.

De modo que lo que no hay es una desaparición de las contracciones de la aurícula como suponía Mackenzie, porque no sería comprensible que la parálisis de la aurícula permitiese una supervivencia de veinte á treinta años. Se trata de una disociación infinita del número de las contracciones auriculares que nacen en todos los puntos de las aurículas. Una alteración de esta índole, aunque modifique mucho las curvas electrocardiográficas, puede ser compatible con una existencia á veces normal, puesto que no afecta nada la actividad del ventrículo.



¿Por qué es irregular el pulso? Porque el ventrículo no recibe de la aurícula en el momento oportuno la excitación que le corresponde, sino que durante todo el diástole está recibiendo numerosísimas excitaciones. No puede reaccionar á todas, y sólo lo hace á algunas que son suficientes, de aquí la irregularidad permanente. La electrocardiografía es la que nos ha revelado de una manera muy precisa y casi definitiva estos trastornos de la actividad de la aurícula, poco conocidos hasta entonces.

Hay todavía otra afección que se ha interpretado bien, gracias á las curvas eléctricas, y es la lentitud del pulso. Depende de los trastornos de la conductibilidad. Ya os he dicho que para que la contracción desarrolle todo su efecto es preciso que pueda seguir el haz primitivo. Pues figuraros un obstáculo cualquiera que asienta en un punto ú otro del haz primitivo, en la aurícula ó en el tabique auriculoventricular. Generalmente se trata de obstáculos á la conducción, localizados á nivel del tabique interventricular.

Este trastorno de la conductibilidad es la causa más frecuente de la enfermedad descrita por Adam-Stokes con el nombre de pulso lento permanente. Las curvas mecánicas ya nos habían enseñado los caracteres principales de la enfermedad de Stokes-Adam, y Chauveau las ha estudiado con el nombre de curvas de disociación. Si fijáis vuestra atención en un trazado de éstos, observaréis que no se encuentre nunca lo que debería encontrarse en un trazado normal, es decir, una elevación auricular que preceda á la elevación de la radial; el número de las contracciones auriculares es mucho mayor que el de las contracciones radiales.

Las relaciones precisas que existen entre las contracciones auriculares y las contracciones ventriculares no se han sabido hasta que ha aparecido la electrocardiografía.

Las curvas eléctricas son todavía más fecundas en resultados. El obstáculo que se opone á la propagación de la contracción puede estar localizado en un punto del haz de His, más bajo del tabique auriculoventricular y ocupar solamente una de sus ramas, la derecha ó la izquierda. Las curvas mecánicas no nos daban detalle alguno acerca de esto, pero las eléctricas, por el contrario, nos ponen admirablemente al corriente de ello merced á nuestros conocimientos actuales acerca de las modalidades que afectan las curvas, según que sea una ú otra la parte de ventrículo afectada. Estos conocimientos los debemos también al estudio de los fenómenos extrasistólicos.

En estado normal no se puede diferenciar en la elevación R lo que corresponde á la contracción del ventrículo derecho y lo que depende de la del izquierdo; pero supongamos que en uno de los ventrículos se produce un extrasístole é inmediatamente la elevación aludida se deformará, y de la deformación resultará muy evidente si se trata de un trastorno del lado derecho ó del izquierdo. Estudiando los extrasístoles ventriculares, hemos encontrando curvas sumamente diferentes, según que el origen de las extracontracciones fuera derecho ó izquierdo. Fundados en estos da-

tos, al estudiar el pulso lento sabremos en qué parte del fascículo asienta la alteración. Si la forma de la curva coincide con el tipo derecho, es que se contrae el ventrículo derecho y, por tanto, el izquierdo es el que no lo hace por existir un obstáculo de la conductibilidad, y no sólo se puede diagnosticar la existencia de éste, sino localizarle, diciendo si se trata de una alteración que se encuentra en la rama derecha ó en la izquierda del haz atrioventricular.

Ya veis qué precisión ha adquirido este estudio merced á la electrocardiografía. Pero no es esto solo, sino que al lado de la disociación llamada completa (enfermedad de Stokes) hay otras que se donominan incompletas y que son muy interesantes. Recordaréis sin duda con cuánta frecuencia después de haber padecido una enfermedad infecciosa (reumatismo, difteria, neumonía), aparecían alteraciones del ritmo cardíaco. No se les concedía gran importancia y se decía que eran trastornos de la convalecencia; que el pulso fuese demasiado rápido ó demasiado lento, todo era cosa de la convalecencia; que fuese irregular, ello dependía de la debilidad y de la inanición.

Pues bien, hoy día vemos en estos trastornos numerosas alteraciones que son muy diferentes y que podemos distinguir las unas de las otras. Hay casos de taquicardias persistentes consecutivos á convalecencias y que se atribuyen á miocarditis con demasiada ligereza. Pero en las irregularidades del pulso las hay que pueden tener cierta significación. Algunas veces sucede que después de una convalecencia, la lentitud del pulso es muy evidente. Otras veces esta lentitud se presenta á consecuencia del puerperio. En estos casos la lentitud del pulso puede no tener significado maligno por ser debida sencillamente á la debilidad de la excitación cardíaca.

Pero de estos casos de lentitud hay algunos que son patológicos. Ciertos autores han encontrado modalidades muy particulares de arritmia que consisten en lo que se llama disociaciones incompletas. Son alteraciones, tal vez transitorias ó tal vez definitivas, que han atacado al haz primitivo y, como sabéis, este haz es sumamente sensible á las infecciones (principalmente á las miocarditis); la localización de la sífilis en el corazón por ejemplo es sumamente frecuente en el haz de His y este es el motivo por el que en caso de lentitud del pulso haya que pensar siempre en la sífilis. También sabemos que la miocarditis diftérica ataca con gran preferencia al fascículo de His. Otro tanto se puede decir del reumatismo.

No tiene nada de particular que tras de enfermedades infecciosas graves se presenten irregularidades del pulso á las que antes no se concedía importancia. Los trastornos mecánicos no nos decían más que de un modo sumamente confuso que después de determinadas enfermedades infecciosas el pulso se había hecho lento, pero ha sido precisa la electrocardiografía para seguir de cerca las formas *graduadas* de la disociación. Uno de los caracteres que presenta esta lentitud, es por ejemplo el de que se suceden un número determinado de pulsaciones, durante cierto tiempo, y luego, de repente,



falta una contracción, porque estando el fascículo fatigado se hace manifiesto el obstáculo que entorpece la conducción. Para poner de manifiesto estas modificaciones que pueden tener una significación clínica importante, se requieren métodos de suma precisión; y decimos que pueden tener una significación clínica importante, porque se trata de partes excepcionalmente sensibles del corazón que se ven atacadas por una infección grave.

Puede tratarse también de otras formas de disociación. En estado normal, la contracción tarda un quinto de segundo en pasar de la aurícula al ventrículo. Supongamos un trastorno ligero de la conductibilidad entre la aurícula y el ventrículo, y la contracción ventricular resultará retardada con respecto á la auricular. Este retardo no se puede expresar más que en centésimas de segundo. En las curvas mecánicas es muy difícil medir estas variaciones de una manera precisa á menos de tomar los trazados á gran rapidez, y por el contrario, en las curvas eléctricas la cosa es sumamente sencilla. Basta fijarse en el espacio que separa P. de R. Se han publicado acerca de este asunto numerosos trabajos en los Archivos de las Enfermedades del Corazón en Inglaterra, escritos por M. Harp. El conocimiento de estas formas de arritmia es importante porque se trata de una alteración de un órgano importante y sensible.

Terminada la enfermedad, este trastorno puede desaparecer, cosa que se observa á menudo, pero también se sabe que aun en estas formas ligeras se produce á veces un accidente súbito y mortal. Un niño, por ejemplo, después de haber padecido la difteria presenta trastornos caracterizados por intermitencias, al parecer insignificantes, y de repente sucumbe rápidamente: es que este niño tenía alterado el fascículo de His, tenía un bloqueo de corazón.

Estos accidentes se pueden curar de momento, pero sin que nadie sepa si diez ó quince años más tarde la enfermedad se continuará por un síndrome de Adam-Stokes.

Esto os dará una idea de los grandes descubrimientos que se deben á la electrocardiografía; pero aun se ha exigido más de ella. Se le ha pedido que nos mida la importancia del trastorno funcional del corazón, y en cuanto á esto, nuestras afirmaciones tienen que ser mucho menos categóricas. Indudablemente, la interpretación del complejo ventricular QRST era la que debía informarnos acerca de este asunto, puesto que es el que representa la energía ventricular. Primero se atendió á la elevación R, diciendo que dependía de la energía ventricular. Pero otros han atribuido más importancia á la elevación T. Hoy por hoy la cuestión hay que resolverla en un sentido negativo, está en estudio. En muchos enfermos hemos obtenido trazados eléctricos, y examinándolos después atentamente, hemos visto que ni en estado de enfermedad, ni en el de salud, se notaba modificación alguna de la extensión de las elevaciones R ó T.

Por otra parte, entre las arritmias hay una que se ha denominado pulso alternante caracterizada, porque

se presentan con toda regularidad y alternando constantemente una contracción débil y otra fuerte. Esta alternancia débese probablemente á que en el momento de la pulsación fuerte, el corazón se contrae en su totalidad, al paso que en el momento de la pulsación débil, sólo se contrae parte de él; por lo tanto, parece que en este caso la energía cardíaca muestra diferencias considerables, según resulta del examen de las curvas mecánicas. Yo he llamado la atención sobre el hecho de que en la alternancia del pulso, las curvas eléctricas son absolutamente semejantes en el momento de las dos pulsaciones, y la elevación R adquiere la misma extensión en estas curvas en el momento de la contracción enérgica que en el de la contracción débil. De modo, que no se puede establecer relación entre la extensión de esta elevación y la energía del ventrículo. La cosa se comprende, porque la elevación de la curva eléctrica no depende directamente del acto muscular mismo, sino que más bien parece resultar del conjunto de actos químicos que preceden á la contracción.

Prueba de ello, que algunos histólogos han llegado á suprimir la contracción cardíaca, mientras recogían curvas eléctricas completamente idénticas á las normales. De modo, que si se quieren datos acerca de la aptitud funcional del ventrículo no hay que pedirlos á la extensión de R ó de T. Más lógico es buscar como se ha hecho estas indicaciones en el conjunto del complejo QRST y en las modificaciones que puede presentar, sobre todo en las formas iniciales de este complejo, sobre las que han insistido mucho algunos autores como Parker y Wins. Yo creo que hasta ahora no se puede afirmar nada en este asunto.

En mi opinión, el asunto en el que la electrocardiografía está llamada á tener un gran porvenir es en la interpretación farmacodinámica de los medicamentos. Como sabéis, en el asunto de los medicamentos cardíacos no se han tenido noticias ciertas acerca de la acción de la digital y de los demás hasta el momento en que nosotros los médicos hemos tomado la cosa por nuestra cuenta. Los fisiólogos nos habían enseñado curvas muy interesantes acerca de la acción de la digital, pero ignorábamos, por ejemplo, por qué la digital hacía orinar á un cardíaco, y por otra parte, los fisiólogos, administrando digital en cualquier forma que lo hiciesen, no eran capaces de provocar una diuresis anormal en un sujeto sano. Sabemos que la digital sólo es eficaz en los enfermos, y á nosotros que estudiamos la «digital en movimiento», por decirlo así, es á quienes toca saber como actúa.

Mackenzie ha tenido el mérito de hacer este estudio. Ciertamente que Fr. Frank ha hecho investigaciones acerca de este asunto, y Potain las publicó en las *Cliniques de la Charité*, donde encontraréis curvas admirables, pero no hay nada que informe acerca de esta acción. El día en que el médico administre digital á sus enfermos teniendo noción de lo que os he recordado acerca del modo de producirse la contracción cardíaca, se ha progresado con gran rapidez en la interpretación de los resultados obtenidos.

Hoy se sabe que la acción maravillosa de la digital



se debe á que ejerce un bloqueo, aparte de su acción sobre la frecuencia del pulso. Obra principalmente sobre la conductibilidad intracardíaca, es decir, que bloquea las contracciones á nivel del haz primitivo, impide que las contracciones débiles de la aurícula lleguen al ventrículo y obliga á éste á contraerse con fuerza mucho mayor. Es un medicamento diastólico y no sistólico. Los médicos son los que han dado á conocer esta noción y no los fisiólogos.

Pero nuestros medios de investigación y de confirmación de estas cuestiones serán mucho más precisos en este momento en que disponemos de la electrocardiografía, merced á la cual podemos examinar á los enfermos al día antes y después de la administración del medicamento y eso es lo que hacemos nosotros constantemente. No administramos jamás la ouabaina á los enfermos, cuya contractilidad está debilitada, ni la digital á los que padecen arritmia completa, que es la que más necesita de ésta medicación, sin tomar antes el trazado electrocardiográfico.

No hace mucho hemos tenido en nuestra clínica un caso sumamente instructivo. Ingresó por haber padecido repetidos accidentes de insuficiencia cardíaca. Basta que intente hacer un movimiento para que al instante presente anhelación. Padece edema de los miembros inferiores y se ve obligado á hacerse hospitalizar de nuevo. Le hemos sometido á tratamiento. Las curvas electrocardíacas obtenidas dan indicaciones sumamente precisas acerca de lo que ha ocurrido. Hemos prescrito la digital porque había una arritmia completa y convenía bloquear ciertas excitaciones para permitir al ventrículo que se contrajese con mayor eficacia. Antes de administrar la digital se veían en el trazado de este enfermo movimientos múltiples que afectaban dos formas: la de la *auricular flutter* y la de la *fibrilación*. Se administra la digital y pocos días más tarde la fibrilación había desaparecido, no persistiendo sino la *auricular flutter*. Por fin se ha restablecido una función casi normal. Gracias á las curvas electrocardiográficas hemos podido seguir esta evolución.

Además, en las curvas del ventrículo se percibía que probablemente el corazón derecho era deficiente y poco tiempo después de la administración de la digital, en el momento en que el trazado radioscópico demostraba que el corazón derecho se había reducido de nuevo á los límites normales, las curvas del ventrículo adquirían de nuevo el tipo normal.

Me parece evidente que cuanto más insistamos en estas investigaciones, es decir, cuanto más asociemos los métodos electrográficos á las medicaciones que administramos á los enfermos, tanto mejor nos enteraremos de la farmacodinamia de los medicamentos.

En resumen, la opinión más juiciosa que se puede formular actualmente acerca del valor del método electrocardiográfico en la patología cardíaca, es decir que no hay que dejarse llevar del entusiasmo irreflexivo de los primeros tiempos en los que se creía que por este procedimiento se iba á poder diagnosticar la insuficiencia aórtica ó la insuficiencia mitral, ni del escepticismo que hizo creer á Hering que la electrocardiografía que

había fracasado en sus manos fracasaría también en las de los demás observadores. Estoy convencido que procediendo con más paciencia y lentitud llegaremos á resultados cada vez más satisfactorios y desde este momento podemos declarar que no hay otro método de investigación imaginado hasta la fecha que pueda prestar servicios semejantes.

## LA TUBERCULOSIS EN ESPAÑA

POR

FRANCISCO RICO

SU PROGRESO

El abandono que existe por parte de nuestros gobernantes, la falta de alimentación y el abuso de las bebidas alcohólicas, son causas que dan origen á que el bacilo de Koch vaya lenta y progresivamente destruyendo muchos organismos, que á la vez deja abonado el terreno á los que por ley testamentaria tienen perfecto derecho recibir la parte que les corresponde.

Es necesario que tanto el pueblo como nuestros gobernantes no abandonen todo lo que se relaciona con la Higiene para destruir y acabar, si no en su totalidad, por lo menos aminorarla, esa casta de animales microbianos que empobrecen una nación, pues depende la fortaleza de un pueblo para los fines que ha de cumplir.

La opinión pública bien enterada está de los escasos servicios que presta el Estado á las cuestiones de Sanidad; no basta que esas asociaciones anti-tuberculosas trabajen para ver el medio más factible de que esta terrible enfermedad disminuya. Lo que urge, es que nuestros gobernantes pongan los medios con el fin de hacer desaparecer las huellas del hambre Jourrier, ó sea la callada y silenciosa, en los que se nota una anemia tan intensa por falta de alimentación, que predispone á esos organismos abonarles para una tisis. La base principal en la alimentación son las materias grasas, y cuántas viviendas en España se encontrará que el pucherete de los 365 días del año, en 300 está huérfano de dichas materias.

Lástima hay que tener á la nación española pensar que según la estadística del Instituto Geográfico, durante un quinquenio, el número de muertos por tuberculosis crece.

### ESTADÍSTICA DEL NÚMERO

#### DE MUERTOS POR TUBERCULOSIS EN UN QUINQUENIO

El año 1913 .....	30.971
» 1914 .....	31.436
» 1915 .....	32.786
» 1916 .....	33.927
» 1917 .....	35.740

Por otra parte, los Gobiernos tienen en un abandono tan lamentable los principios más rudimentales de la Higiene y la poca atención que han prestado á la clase médica, que están incapacitados para imponer los preceptos de la Higiene pública.

El encargado de educar al pueblo en las prácticas de Higiene es el médico, y el titular es el que más le incumbe por ser la persona que en cada pueblo está ó debía estar capacitada para velar por la salud pública.



El que verdaderamente debe de gozar de autoridad absoluta, para castigar toda transgresión que dé lugar á perjuicios colectivos, es el inspector municipal de Sanidad, pero la autoridad de dicho facultativo está abolida desde que existe el caciquismo, de lo que se deduce que están imposibilitados para realizar la misión que les compete.

Mientras exista ese poderío caciquil, España será siempre la nación más atrasada en lo que corresponde á la Higiene pública.

Si á la falta de alimentación, y al abandono que existe en nuestra nación en todos los asuntos referentes á las cuestiones de sanidad é higiene, agregamos el abuso de las bebidas alcohólicas, no es de extrañar que el bacilo encuentre el terreno débil para propagar la *tuberculosis*.

Con el abuso de las bebidas alcohólicas no sólo se pierde la salud, sino lo que también se pierde es la libertad y la honra.

El alcohol es una causa agravante, que da origen á que el bacilo de Koch progrese y destruya por completo los organismos alcoholizados que han llegado á degenerarse, siendo víctimas, por consiguiente, de dicho virus.

El sistema nervioso es el que más se resiente, hasta el punto de que en el alcoholismo crónico hay siempre alteraciones del cerebro, explicándose de esta manera la muerte prematura de muchos individuos.

La tuberculosis se puede asegurar que hace el 90 por 100 de víctimas no sólo de los que en realidad sean alcohólicos, sino los hijos de éstos. Jacquet dice haber encontrado 180 alcohólicos entre 252 tuberculosos cuidados en los Hospitales de París.

Con estas líneas, creo haber dado á conocer lo que necesita el pueblo para que la tisis en lugar de aumentar disminuya.

Así que, gobernantes, mirad por la salud pública.

## LA SIFILIS GASTRICA

POR EL

DR. G. LEVEN

Antiguo interno de los Hospitales de París, secretario general de la Sociedad de Terapéutica.

(Traducido por E. Luengo.)

### I.—ESTUDIO CLÍNICO

La noción de la existencia de la sífilis gástrica no ha penetrado todavía bastante profundamente en los espíritus. Siempre veo con sorpresa y con sentimiento, el asombro de numerosos médicos, cuando emito la hipótesis de una sífilis gástrica.

Muy á menudo oigo decir: «¿existe la sífilis gástrica?» Y sin embargo, en 1834, Andral ya había demostrado claramente su existencia; en 1898, Dieulafoy había expuesto la cuestión en toda su amplitud, apoyándose en la grande autoridad de Fournier.

El médico tiene el deber, cada vez que una gastropatía no se mejora en los límites normales de tiempo, por los procedimientos habituales, de pensar en la etiología sífilítica; no tengo reparo en añadir, que debe ade-

más asociar, de una manera refleja, sífilis y gastropatías graves, rebeldes á la terapéutica normal, como se asocian la escarlatina y la albuminuria, reumatismo infeccioso y endocarditis.

El día en que se proceda así, se arrancarán de la muerte enfermos que parezcan tener cáncer gástrico y se curarán, como los curan á veces los curanderos, cuya farmacopea contiene á menudo mercurio y ioduros. Así se explica el hecho que nos sorprende: «¡un curandero le ha sanado, y en cambio, los médicos le habían desahuciado!»

Cuando se haya curado á un pseudocanceroso que no era más que un sífilítico, no extrañará recibir cartas análogas á la que mi ayudante el Dr. Gaston Durand y yo hemos leído en Octubre de 1918 en una reunión médica quirúrgica, presidida por Mr. Lafille, médico inspector.

En esta carta, un sacerdote de Finisterre, me preguntaba el nombre del suero que yo había utilizado para su mal, diagnosticado de estenosis pilórica cancerosa y curado en nuestro servicio, en el centro de gastroenterología que yo dirigía.

El diagnóstico se imponía clínica y radioscópicamente (habíamos comprobado la estenosis en tres exámenes radioscópicos) y, sin embargo, el tratamiento iodo-mercurial probó con su acción que no se trataba de cáncer. En Diciembre de 1919, este hombre se encontraba en un estado excelente.

Casos semejantes proporcionarán la aureola de curador de cáncer, por desgracia inmerecida; sin embargo, se habrá hecho una obra tan útil como sencilla.

En Nantes también, en 1918, un compañero de la Vendée, el Dr. Pichat (de Mortagne), entonces médico de aquella ciudad, me presentó un oficial que en seis meses había tenido dos veces melenas extraordinariamente abundantes, que le habían debilitado y anemiado, hasta el punto de que una etiología cancerosa parecía casi indiscutible.

Específico desde hacía diez y siete años, este oficial nunca había sido tratado regularmente; presentaba una parálisis del recto externo de un ojo, de varios años de fecha. El tratamiento iodo-mercurial hizo maravillas, y ocho meses más tarde se encontraba en muy buen estado, según el Dr. Pichat, á pesar de la ausencia de todo régimen alimenticio.

En Poitiers, al principio de la movilización, un cirujano de gran valía me mostró un enfermo en el que parecía evidente el diagnóstico de cáncer gástrico. Este colega me preguntaba solamente si yo consideraba todavía posible la intervención; aconsejé la abstención operatoria y también una tentativa de terapéutica iodo-mercurial. Este antiguo sífilítico, rápida y completamente curado, murió de la gripe en 1918, cuatro años más tarde.

Con el tratamiento iodo-mercurial he curado un enfermo de setenta años, cuya delgadez, anemia acentuada, los trastornos digestivos hablaban en favor de una lesión cancerosa gástrica. El examen radiológico, hecho por el Dr. Darriaux, radiólogo experimentado, demostró lesiones extensas en la región pilórica.



En cinco semanas, todos los síntomas morbosos habían terminado; digestiones normales, supresión de los dolores, desaparición de la anemia, aumento de peso (3 kilogramos). Por su parte, el radiólogo pudo apreciar modificaciones notables en el aspecto de la región pilórica.

Con el tratamiento iodo mercurial, es como he tratado y curado otras veces (1), ó recientemente estenosis mediogástricas, estenosis pilóricas, ulcus gástricos ó duodenales, que he mostrado en el curso de las consultas ó de las lecciones.

Carecería de interés multiplicar los ejemplos; pero lo que demuestra la frecuencia relativa de la etiología sífilítica de gastropatías de diversos tipos (formas ulcerosa, estenosante, cancerosa, etc.), es que todos aquellos á los que he aconsejado pensar en esta etiología sífilítica, han hecho la prueba de la exactitud de estas nociones y me han suministrado observaciones en apoyo de esta verdad, sintiendo solamente no haberla conocido más pronto.

Sólo citaré una prueba tomada de entre otras muchas: un externo de la clínica, Mr. Chuche, que me oye constantemente hablar de sífilis gástrica, reemplaza á su padre en su clientela durante algunas semanas. Entre los enfermos en tratamiento, se encuentra un hombre de setenta años, cuyo pasado gástrico es reciente; dolores violentos desde hacía ocho meses, grandes vómitos alimenticios cada cuatro ó cinco días, signos de estenosis pilórica, delgadez notable y anemia.

Todas las terapéuticas han sido impotentes. La reacción de Wassermann era positiva; sin embargo, el enfermo ignoraba su sífilis.

El tratamiento iodo-mercurial le mejoró al cabo de ocho días. La curación era completa á las seis semanas de tratamiento.

En Febrero de 1920, he publicado en el periódico *L'Hôpital* un artículo titulado «Es necesario pensar siempre en la sífilis», para decir de nuevo una vez más, el bien ó el mal que se hace pensando ó no pensando en ella; y si tratamos de explicar el por qué el médico no piensa en la sífilis con la necesaria frecuencia, en patología gástrica encontraremos quizás la explicación en los hechos que siguen.

He tenido la curiosidad de conocer la parte consagrada á la sífilis gástrica en los tratados de gastropatología más conocidos. Veamos ante todo seis autores franceses: Uno, consagra 13 páginas á esta cuestión, pero, lo reconozco, estas 13 páginas dicen todo lo que es preciso saber sobre el asunto. Cuatro páginas parecen suficientes á un segundo; cuatro páginas á un tercero; dos páginas y media á un cuarto y seis líneas á un quinto. El sexto la ignora completamente.

Ewald, autor alemán, consagra cuatro líneas á la sífilis gástrica; Brinton, autor inglés, escribe dos veces la palabra sífilis á propósito de la etiología del ulcus; su excusa es que la obra data de 1870. Hemmeter, autor americano, en su excelente obra sobre las enfermedades del estómago, no consagra, sin embargo, más que siete

páginas á esta cuestión, en un libro que tiene 780, muy documentado y muy completo.

El campo de la sífilis visceral se extiende cada día (1).

Castaigne encuentra 16 por 100 de sífilíticos en sus enfermos, considerados sin razón como tuberculosos; los especialistas en patología cardíaca señalan la frecuencia de la noción etiológica sífilítica en el dominio que les es propio y han puesto á la orden del día del XIV Congreso Francés de Medicina, celebrado en Bruselas, en Mayo de 1920, el estudio de la sífilis del aparato circulatorio.

¡No olvidemos la existencia de la sífilis gástrica!

#### TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS GÁSTRICA

Antes de pronunciar el veredicto del cáncer gástrico, el médico debe pensar en la sífilis, de forma clínica de cáncer, y en la duda, no dudar de intentar la prueba terapéutica, *cualquiera que sea el resultado de la reacción de Wassermann.*

Antes de hacer operar un enfermo afecto de estenosis pilórica ó medio gástrica, ó un enfermo con hemorragias gástricas ó duodenales graves, inténtese el tratamiento iodomercurial.

Si este tratamiento mejora al enfermo, pero de un modo insuficiente, ordénese la operación, aparte de aquellos casos en los que la intervención se impone inmediata, de urgencia, como á veces sucede.

Todos los casos de sífilis gástrica que he tratado, han sido cuidados del modo siguiente:

Empleo solamente el tratamiento iodomercurial; nunca he utilizado los compuestos arsenicales.

Prescribo el tratamiento siguiente: durante veintidós días prescribo alternativamente, el primer día, una inyección intramuscular de 2 centigramos de biyoduro de mercurio en solución oleosa; el segundo día, una fricción mercurial con 4 gramos de ungüento napolitano belladonado; el tercer día, un supositorio mercurial; el cuarto, nueva inyección; el quinto, fricción; el sexto, supositorio y así sucesivamente hasta el veintidós día, con la corrección siguiente: la fricción mercurial sólo se hace cinco veces, reemplazándola la sexta y séptima vez por una inyección ó un supositorio.

Esta técnica se basa en el hecho de observación clínica de que conviene hacer penetrar el mercurio por vías diversas, *pareciendo especialmente interesante la vía*

(1) Bard: «Diagnostic des tumeurs syphilitiques de l'Estomac et de l'Intestin... Archives des maladies de l'appareil digestif, et de la nutrition, Janvier 1919.

G. Lion: «Faux cancers de l'estomac: Eodem Loco... Mars, 1919.

Azéman et Lacapère: «Tres cas de syphilis gastrique... Paris Médica, 5 Avril 1919.

A. de Souza-Babo: «Gastropathies syphilitiques... Portugal Médico (Port), tome IV, 3ème serie, núm. 2, Février, 1919.

L. Galliard & Mendelsohn: «Un cas de syphilis gastrique... Soc. Med. des Hôpitaux de Paris, 16 Mai 1919.

Bensaude et Rivet: «Syphilis de l'Estomac... Presse Médicale, 25 Octobre 1919.

Castex et del Valle: «Pericolites syphilitiques... Analyse in Presse Médicale, 12 Novembre 1919, pag. 680.

Carnot et Harvier: «Diabète par syphilis pancreatique... Paris Medical, 15 Mai 1920.

(1) *La Dyspepsie, grands syndrômes et grandes symptômes dyspeptiques*, O. Doin et fils, éditeurs, Paris, 1918.



rectal para las lesiones del tubo digestivo, se acepten ó no las hipótesis tan sugestivas de Sabouraud.

Algunos de mis enfermos sólo han absorbido el mercurio bajo la forma de supositorios.

Esta técnica presenta además un interés práctico; el enfermo sólo tiene necesidad del médico una vez cada tres días, y en el campo, cuando enfermos y médicos están separados por kilómetros, el tratamiento se encuentra simplificado.

Para inyectar 2 centigramos de biyoduro de mercurio, es necesario lo más frecuentemente inyectar 2 c. c., porque las soluciones contienen, generalmente, un centigramo por c. c. No hay más que dejar colocada la aguja, llenar la jeringa por segunda vez é inyectar el segundo centímetro cúbico.

Como los detalles más pequeños son á menudo útiles al médico, aconsejo recoger el contenido de las dos ampollas que se van á utilizar en un vidrio de reloj, una cuchara, una copita de licor gruesa, que se flambean previamente. En efecto, una solución oleosa sólo se aspira fácilmente por la jeringa, y hace falta necesariamente después de la inyección del primer centímetro cúbico llenarla de nuevo. Se evitará así al enfermo una nueva picadura.

Hace falta enseñarle á darse la fricción, á hacerla largamente (cinco minutos), con la mano recubierta de un trozo de franela, que dejará sobre el sitio en que la fricción haya sido hecha.

*De minimis curat medicus*: advertirle que no conserve anillos de oro en los dedos, mientras efectúe esta operación. Finalmente, hay que aconsejarle que la haga por la noche, al acostarse, y que doce horas después lave con jabón la región manchada con el ungüento.

Los supositorios se pondrán por la noche y deben ser conservados; conviene evitar la deposición que dos ó tres horas después los eliminaría. Se formularán así:

Mercurio vivo.....	0,03 á 0,04 gramos.
Extender en Lanolina...	} aa. C. s.
y Vaselina.....	
Manteca de cacao.....	4 gramos.
Para un supositorio. H. s. a. núm. 16.	
También pueden formularse así:	
Ungüento napolitano....	0,06 á 0,08 gramos.
Manteca de cacao.....	4 —
Para un supositorio, núm. 16.	

Cuando haya terminado el período de veintiún días, el enfermo descansará quince ó veinte días y hará una segunda serie, y una tercera si es necesario.

La sucesión de las series, su separación, la prolongación del tratamiento estarán determinadas por la gravedad del estado, por la insuficiencia de los tratamientos en el pasado, por todos los principios que presiden la institución de un tratamiento específico cualquiera.

Aún no he hablado del tratamiento iódico utilizado á la par.

Prescribo sistemáticamente 3 gramos de ioduro de potasio por día, ó mejor dos cápsulas que contenga cada una 50 centigramos de aceite iodado francés con el 40 por 100 de iodo, pareciendo que el tratamiento iódi-

co sea el complemento indispensable del tratamiento mercurial.

El ioduro es á veces mal tolerado por un dispéptico banal; en cambio se soporta admirablemente por un sífilítico, cualesquiera que sean las lesiones sífilíticas gástricas que presente.

Un día me fué mostrado un enfermo, por un cirujano clínico excelente, que había establecido el diagnóstico de cáncer gástrico. Quería saber si estimaba yo, en vista del estado del enfermo, que no era demasiado tarde para intervenir.

Clínicamente, parecía cierto el diagnóstico del cáncer; sin embargo aconsejé el tratamiento iodo-mercurial, á pesar de las afirmaciones del enfermo, que negaba la sífilis. Después de quince días de tratamiento, como mi compañero me decía que no había observado ninguna mejoría, le pregunté si el ioduro había sido bien tolerado por el enfermo, cuyo aliento tenía una fetidez extrema, antes de todo tratamiento. Me confesó que este síntoma le había hecho temer la ingestión del ioduro. Insistí para que la medicación fuera tomada. Los resultados fueron desde entonces notables, rápidos, como siempre.

El tratamiento mixto en este caso, como en muchos otros, mostró que tiene un interés mayor, combinar la acción curativa de las dos medicaciones.

El enfermo tomará durante la comida, el ioduro ó el aceite iodado.

Durante este tratamiento mixto, los cuidados dentarios serán siempre observados con gran minuciosidad. El cepillado de los dientes y lavado de la boca después de todas las comidas se ordenarán, explicando al enfermo la razón de estas prescripciones.

## Periódicos médicos.

### CIRUGIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Melanoepitelioma del paladar.**— Los Dres. Gordón B. New y French K. Hansel comunican el siguiente caso clínico:

X. D. (caso 298143), de sesenta y dos años, labrador, se presentó en la clínica el 28 de Noviembre de 1919, debido á un tumor de un centímetro de diámetro en el lado derecho del paladar, que advirtió un mes antes, al tocarlo con la lengua. El tumor se había desarrollado muy rápidamente durante las últimas dos semanas. El médico del paciente extirpó un pedazo del tumor, y el examen microscópico reveló que se trataba de melanosarcoma. El paciente no había usado placas dentales ni había antecedentes de traumatismo ni de pigmentación palatina. El tumor había sangrado ligeramente en varias ocasiones. El único síntoma manifiesto era un defecto del habla.

La exploración reveló un tumor de 3 á 4 centímetros en el lado derecho del paladar, que se extendía hacia adelante desde la margen posterior del paladar duro hasta la mitad del paladar. En el reborde lateral derecho se extendía hacia abajo hasta el pilar anterior. La tumefacción era pediculada, irregular, tenía una superficie nodular, pero no se hallaba ulcerada. Era blanda y se hallaba salpicada de áreas verdeazules, rosadas y negras y era muy vascular, sangrando muy fácilmente al manipularse. El pedículo estaba unido



al margen posterior del paladar duro. No había ganglios infartados ni señales de pigmentación ni de metástasis en otras partes. Un roentgenograma torácico resultó negativo. El examen de la orina resultó negativo en cuanto a melanina, y la reacción de Wassermann y los hallazgos oculares fueron negativos. Se hizo un diagnóstico clínico de melanoepitelioma primario del paladar. Se le explicó el pronóstico desfavorable al paciente, pero se decidió intentar la extirpación.

El 3 de Diciembre se extirpó un pedazo del tumor. Un examen microscópico reveló la típica estructura del melanoepitelioma. Se cauterizó el tumor completamente con cautines, y doce días más tarde se aplicaron 5 miligramos de radio a la herida abierta, durante diez horas sin ninguna pantalla, aparte del receptáculo de radio, que tenía menos de 1 milímetro de espesor.

El 20 de Enero de 1920 el paciente regresó con la herida del paladar cicatrizada y sin ninguna señal de recurrencia ni metástasis. Podía palpase en la región submaxilar derecha un ganglio duro y ligeramente infartado. Se aplicaron 4.000 miligramo-horas de radio a las regiones cervical y submaxilar derecha, a una distancia de una pulgada (2,5 centímetros) y con una pantalla de 2 milímetros de plomo. Se examinó de nuevo al paciente el 15 de Marzo de 1920. No había habido ninguna recurrencia local ni alteración de los ganglios ni había metástasis general. Se aplicó la roentgenoterapia al lado derecho del cuello.

El paciente continuó recibiendo tratamiento ocasional con los rayos X en el cuello, y el 29 de Noviembre de 1920 se presentó con un tumor recurrente en el paladar, de 1 por 2 centímetros. Una pequeña parte del tumor se hallaba cubierta de mucosa, y el resto era pediculado. En la región submaxilar izquierda había un ganglio de unos 4 centímetros de diámetro, grande, duro y muy movable, y en la región cervical profunda superior derecha un ganglio duro y ligeramente fijo de 3 milímetros de diámetro. Se aplicaron los rayos X a los ganglios.

El 8 de Febrero de 1921 había aumentado a 2,5 por 0,5 y afectado el lado derecho del paladar en unión de las partes duras y blandas, extendiéndose desde el proceso alveolar a la línea media del paladar. El tumor era blando, vascular y se hallaba fijo al hueso subyacente. Estaba pigmentado, excepto en una pequeña área cerca del medio. El ganglio submaxilar derecho había aumentado a 4,5 centímetros y el de la región cervical profunda superior a 5 centímetros de diámetro. No se encontraron otros ganglios afectados ni había señales de metástasis general. La salud general del paciente era buena. Se aplicaron los rayos X a los ganglios. No hemos examinado al paciente después de esto, pero el pronóstico es muy desfavorable. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 15 de Julio de 1921.)

**2. Cicatriz queloldea y retráctil consecutiva a quemadura extensa del miembro torácico. Disminución marcada de la amplitud en los movimientos de la articulación húmerocubital. Autoplastia. Restauración funcional.**—El Dr. Rafael Cuervo comunica la siguiente historia clínica:

El 30 de Octubre del pasado año ingresó a la sala de Cirugía del Hospital «F. I. Madero», de esta ciudad, la señora M. I. R., de veintiséis años, natural de Chacaltianguis.

Dicha señora me refirió haber sufrido el 22 de Febrero de 1919, estando en el ingenio «San Cristóbal», una quemadura del brazo derecho, por haberse incendiado, mientras ella dormía, el mosquitero de su cama.

Fue tratada por un práctico con aplicaciones locales de solución pírica y después con una pomada iodoformada.

La piel de la parte interna del brazo se gangrenó y la vasta pérdida de substancia originada por el accidente fue cicatrizando con lentitud, pues la reparación completa exigió más de cuatro meses.

Durante este tiempo se mantuvo el miembro extendido y gradualmente el tejido de cicatriz fue produciendo la flexión del antebrazo hasta limitar mucho la extensión e impedir a la enferma el desempeño de sus quehaceres domésticos.

Al examinar a la paciente, vi que en una zona comprendida entre unos 10 centímetros abajo del hueco axilar y 5 arriba de la articulación del puño, no había materialmente un centímetro cuadrado de tegumento donde no se pudiera comprobar la acción del agente destructivo. En la cara posterior y externa del brazo y antebrazo la cicatriz era lisa, no adherente a los planos profundos y no hipertrófica. Por el contrario, en la cara anterior e interna había enorme proliferación de tejido cicatricial. Gruesas bandas fibrosas recorrían, sobre todo, la cara anterior y en la cara externa existía una especie de divertículo de unos 3 centímetros de profundidad situado en el pliegue de la articulación. Este tejido cicatricial hipertrófico era adherente a los planos subyacentes.

Explorando los movimientos espontáneos comprobé que el menor ángulo que el antebrazo podía formar con el brazo en la flexión era de 65 grados, en lugar de ser, como es normalmente, de 40.

En estado sano, el húmero puede colocarse casi en línea recta con el cúbito. En nuestra enferma el ángulo máximo de extensión era de 130 grados.

La amplitud del movimiento de la articulación estaba, pues, reducida, gracias al tejido patológico, en unos 25 grados.

Todo esfuerzo tendente a producir una extensión o una flexión mayores, causaba grandes dolores. Estos los había además espontáneos y muy marcados en la parte inferior de la cara anterior del antebrazo.

El resto de la exploración no dió datos dignos de consignarse.

A instancias de la enferma y para intentar mejorar las funciones de su miembro, procedí a operarla el día 21 de Enero del pasado año ayudándome el Dr. Pedro F. Correa y administrando la anestesia clorofórmica mi practicante el Sr. Rafael Menéndez.

Practiqué dos incisiones transversales: una en el brazo y otra en el antebrazo, situadas a distancia de 8 centímetros. Estas se extendían del borde interno al externo del miembro y en profundidad llegaron al plano muscular, pues la quemadura interesó la aponeurosis. Otras dos incisiones paralelas al eje del miembro, limitaron un rectángulo de tejido cicatricial que se extirpó cuidadosamente, redoblándose la atención en el lado interno, para no herir la humeral que tuvo que ser disecada.

La ablación de tejido patológico permitió aumentar la extensión, pero ésta no en grado suficiente, pues lo impedían bandas fibrosas de dirección longitudinal que hubo que extirpar.

Cuando la extensión se logró completamente, procedí a tallar un colgajo en la piel del flanco derecho. Este colgajo de pedículo interno tenía unos 25 centímetros de largo por 10 de ancho, dimensiones exigidas tanto por la retracción fisiológica de la piel, como por la amplitud de la superficie cruenta que la extensión completa aumentó considerablemente.

Después de suturar el injerto por sus bordes posterior, externo e inferior, procedí a mantener fijo el brazo con un vendaje enyesado.



A los siete días se hizo la primera curación, cambiando la gasa del ángulo diedro formado por el colgajo cutáneo con la pared del vientre.

Otra análoga se practicó seis días después y a los veintitrés días se procedió, previa ligera anestesia clorofórmica, a separar el injerto del vientre.

Con satisfacción vimos que, salvo una pequeña porción del borde superior, que se esfaceló, el resto había contraído conexiones con la región en que se implantó.

Como quedaba una parte cruenta en la cara anterior del brazo, se trató de repararla con injertos tomados de la cara interna del muslo derecho.

Estos se obtuvieron siguiendo el método de J. B. Roberts (de Filadelfia) que consiste en introducir una aguja de costurera casi paralelamente a la piel y hacerla salir a 1 ó 2 milímetros del punto de penetración. Se hace tracción con la aguja y con un bisturí afilado se corta al ras de ésta, teniéndose así un minúsculo disco de piel que se transplanta al sitio necesario. Yo empleé con buen resultado una hoja de navaja «Gillette» para hacer los cortes más rápidos y precisos.

Esta nueva autoplastia se llevó a cabo el día 2 de Mayo con anestesia general por el protóxido de azoe, hábilmente administrado por el doctor en Cirugía dental Sr. Vicente Ortega.

Se tomaron 21 injertos, de los cuales cinco se pusieron en la superficie cruenta del flanco y el resto en la cara anterior del brazo.

Menos dos ó tres de los fragmentos cutáneos transplantados, todos prendieron, contribuyendo grandemente a la cicatrización de las pérdidas de substancia.

La señora operada salió del hospital el 16 de Mayo, estando muy adelantado el trabajo de cicatrización, tanto en la región de la quemadura, como en el flanco.

Continuó curándose en mi consultorio y hasta Febrero de este año fué completa la reparación.

En la actualidad los movimientos de la articulación humero cubital son normales. El máximo de flexión es de 40°; la extensión se hace en un ángulo muy cerca de 180. No hay dolor alguno, la señora puede peinarse, planchar, barrer, etc., y hacer muchos actos más que antes era imposible que ejecutase, mostrándose la operada muy agradecida y satisfecha con la intervención.

El injerto tiene actualmente una longitud de 15 centímetros y una anchura de 7; siendo curioso el hecho de notarse en la parte inferior de él, un vitiligo (por compresión de la pretina de las enaguas), que existía antes de ser desprendido de su primivo asiento.

La cicatriz del flanco presenta una muy parecida superficie y en el muslo apenas si se notan las huellas de la exéresis. Me complazco en publicar esta observación, porque seguramente los casos que más satisfacciones proporcionan al operador son aquellos en los que logra hacer una obra reparadora y anaplástica que demuestre lo erróneo del juicio de un antiguo profesor de la Escuela de Medicina de México, más reputado seguramente por su desaseo que por sus conocimientos, para quien la Cirugía era: «un bello arte de curar suprimiendo el órgano enfermo». (*Revista Médica Veracruzana*, 10 de Julio de 1921.)

**3. Herida de la arteria axilar en una niña de cuatro años. Resección de la arteria y anastomosis termino terminal.** — El Dr. Antonio Félix Celesia refiere el siguiente caso clínico:

María Correa, de cuatro años, argentina, ingresa el 25 de Octubre de 1920 al Hospital Torcuato de Alvear, ocupando la cama 30 de la sala III, Clínica Quirúrgica del Dr. A. F. Celesia.

**Diagnóstico:** Herida de la arteria y vena axilar.

Alta (curada): Noviembre 20 de 1920.

**Antecedentes personales y hereditarios.**— Sin importancia.

**Enfermedad actual.**— Data de veinticuatro horas; llevaba la niña un sifón de soda, cuando cayendo con éste explotó. Incrustándosele un trozo de vidrio en el brazo izquierdo en el tercio superior, borde interno, produciéndose al instante fuerte hemorragia, la que no pudiendo ser cohibida por el médico con los medios comunes hemostáticos, pinzas, etc., le hace un vendaje compresivo del miembro, al nivel de la axila y por medio de una fuerte venda común de linol, lo que anemia en absoluto todo el brazo izquierdo, remitiéndolo a este servicio veinticuatro horas después con el siguiente

**Estado actual.**— Enfermita bien constituida, piel morena, pálida, mucosas anemiadas.

El examen del miembro superior izquierdo muestra un gran edema de todo el miembro, con la piel del antebrazo esfacelada en parte y dejando en ella una superficie equimótica sangrante.

Se saca el fuerte vendaje compresivo y se comprueba en el tercio superior del brazo, en su lado interno, una pequeña herida cortante de unos dos centímetros, más ó menos, por la cual no sale más sangre, estando en su abertura un coágulo sanguíneo adherido. Se interviene inmediatamente.

Operador: Dr. Celesia. Ayudantes Dr. Gamba y practicante, Lacorte. Anestesia general con éter con aparato de Ombredanne.

Incisión longitudinal, que partiendo de la axila descendiendo por el borde interno del bíceps hasta el tercio medio del brazo, llegando hasta el paquete vasculonervioso. En este momento se desprende un coágulo que obturaba la herida arterial, dejando salir un chorro sanguíneo que se detiene con la pulpa del dedo. Comprimiendo digitalmente la arteria en la parte superior de la herida, se examinan las lesiones, apreciando una herida de la arteria axilar en la última porción, de un tamaño más ó menos de los dos tercios de su diámetro. La herida tiene bordes irregulares. La vena desgarrada aun mayormente se liga inmediatamente. A la arteria se le hace una sutura lateral con agujas finas enhebradas con seda núm. 0000, Robert y Carriere. La sutura no da resultado, pues la corriente sanguínea no pasa al cabo inferior, visto lo cual se decide extirpar un trozo de arteria en su porción lesionada, procediéndose a hacer la sutura término-terminal, siguiendo la técnica de Carrel, pero en vez de poner tres fuertes guías-sostén, sólo se ponen dos, basando ellas debido al pequeño calibre del vaso.

Concluida la sutura, que fué laboriosa, se observa inmediatamente el paso de la columna sanguínea al cabo inferior.

Sutura aponeurótica con catgut y otros puntos separados; piel con crin.

Postoperatorio: shock. Suero intravenoso: 1.000 gramos.

Aceite alcanforado. Envolturas calientes del miembro.

Octubre 26: El miembro con calor normal, edema disminuido. Estado general bueno.

Octubre 28: Sigue el buen estado general. El edema sigue disminuyendo. Cicatriz operatoria normal.

Noviembre 2: El edema casi desaparecido permite percibir el pulso en la radial en su miembro operado.

Noviembre 15: El pulso, aunque un poco más pequeño que el del lado opuesto, se percibe nítidamente. Ha sido vista, entre muchos otros, por el Dr. Houssay, quien certificó su existencia.

La herida operatoria cicatrizada por primera intención.

Es dada de alta, curada, el 25 de Noviembre. (*La Prensa Médica Argentina*, 10 de Julio de 1921.)



**4. Un error de diagnóstico.**—El comandante médico D. Luis Rubio publica el siguiente error en que incurrió, por si sirve á algún compañero de aviso saludable.

Un marino de veinte años, bien constituido, al dar un salto, sintió un dolor agudo en la región poplítea derecha, que le hizo cojear hasta llegar á su camastro, y que en pocos días ocasionó una tumoración difusa y renitente, sin soplo ni latidos, y acompañada de fiebre alta. Dos colegas más, que le habían visto, hicieron el diagnóstico de absceso caliente, y propusieron la dilatación, con la que me mostré conforme, procediendo á la misma con toda confianza, y encontrándome, en lugar del pus esperado, una amplia cavidad rellena de coágulos que tuve que extraer con el dedo, sorprendiéndome al final un chorro intermitente de sangre. Me dí cuenta del error, y rápidamente comprimí la femoral en la raíz del muslo con la mano derecha, y arrancando con la izquierda el tubo del irrigador que colgaba á mi lado, apliqué un torniquete improvisado. Después, con más calma, procedí á la ligadura de la femoral en el anillo de los abductores, teniendo la suerte de que el paciente curase sin proceder á la amputación, como eran mis temores.

La tan machacada advertencia de los maestros, de no confundir un aneurisma con un absceso, me hacía reír, pues nunca creí que me ocurriese, sin sospechar que con el tiempo me pudiese encontrar con un aneurisma agudo y febril. En este caso se produjo probablemente la rotura de la poplítea al dar un salto de arriba abajo y con las piernas en flexión, siendo causa de un enorme hematoma, con las paredes de la región por límites de un aneurisma difuso; contribuyendo los coágulos á la compresión y obstrucción del vaso roto, explicando la falta de latidos y del soplo, y dando tiempo á que se estableciese la circulación recurrencial. En cuanto á la fiebre, sería por una infección endógena, que en general no terminan por la supuración más que á la larga, (*Revista de Sanidad Militar*, 15 de Julio de 1921.)

#### APARATO CIRCULATORIO EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. Percusión definitiva del corazón.**—El Dr. J. B. Menéndez dice que personalmente ha empleado en numerosos pacientes dicha técnica de Hoover, y satisfecho de sus resultados, le ha parecido útil redactar un resumen de la parte pertinente del trabajo de Hoover, á fin de contribuir á generalizar el uso de una técnica de percusión que da resultados satisfactorios.

La percusión del tórax tiene por objeto descubrir las modificaciones de sonido sobre las partes resonantes, percusión sonora, ó delimitar el contorno de los órganos no resonantes, percusión definitiva. Con todos los métodos de percusión esta última es «el goal» en la percusión del área precordial.

Percusión definitiva no puede hacerse con la percusión mediata, ni tampoco con los imperfectos procedimientos primitivos de percusión inmediata—métodos de Auenbrugger y de Corvisart;—porque ambos modos de percutir adolecen del defecto de que, haciendo vibrar un área demasiado grande, es muy difícil descubrir la variación de tono que comunica al sonido de percusión la presencia del órgano subyacente cuyo contorno se pretende trazar.

Así es, pues, que tenemos ya una primera condición de la percusión definitiva; área del plexímetro lo más reducida posible.

A fin de comunicar mayor precisión á la percusión definitiva, conviene que al mismo tiempo que se aprecia la variación del tono, se perciba el cambio en la sensación de resistencia. Numerosos clínicos han insistido sobre este último punto, y Chevalier dice que los que no se preocupan de esta

percepción descuidan la parte más hermosa de la percusión. Por lo tanto, la segunda condición de un buen método de percusión sería: que permitiese fácilmente notar la variación en la sensación de resistencia.

Estas dos condiciones pretende haber satisfecho Hoover, con la técnica de percusión definitiva que vamos en seguida á describir.

Posición del paciente: sentado y con el tórax en tensión. Lo primero, para establecer un contacto más íntimo entre el corazón y la pared torácica, y la tensión, para evitar en lo posible la interposición de partes blandas entre la pared torácica y el dedo percutor, que podrían falsear el resultado de la percusión. Hay que recordar que la variación en el área de macidez por causa del cambio de posición del sujeto puede llegar á ser considerable—hasta tres traveses de dedo más hacia afuera—tanto á la derecha como á la izquierda en la posición del enfermo sentado. La percusión se efectúa con la superficie palmar de la última falange del dedo medio ó del anular extendidos. Percutiendo solamente con la última falange se restringe en una gran medida el área del plexímetro, y la posición de extensión de dedo sirve del mejor modo al buen uso del sentido muscular. Al contrario, la posición de flexión del dedo percutor en la percusión mediata ocasiona el sacrificio de una parte del sentido muscular. He aquí cómo Hoover cumple con su técnica de percusión, los dos requisitos antes indicados, de una buena técnica de percusión definitiva.

En cuanto á la dirección de las líneas de percusión no hay nada original en el método de Hoover. Percute de fuera á adentro siguiendo sucesivamente los espacios intercostales y las costillas, descendiendo para el trazado de los bordes derecho é izquierdo. Percusión de los espacios intercostales y de las costillas de arriba hacia abajo siguiendo la línea paraesternal, á fin de encontrar la extremidad superior del área de macidez.

Usando la percusión mediata, asevera Hoover que en gran número de casos normales es imposible al percutir sobre el esternón percibir la variación del tono y la sensación de resistencia dependientes de la presencia del corazón subyacente. Acostumbrados á desdeñar esta búsqueda de la sensación de resistencia, sólo nos ha llamado la atención siempre aquella dificultad á que alude Hoover, del cambio en la nota del sonido, de percusión, y sin duda, como también afirma, todos los clásicos admiten la dificultad de la delimitación del borde derecho del corazón, por medio de la percusión.

La investigación del descenso del límite inferior del área de macidez cardíaca no la hace Hoover valiéndose de la percusión, sino de una manera indirecta, por medio de la inspección, pero de esto no podemos ocuparnos ahora, por ser extraño al objeto del presente artículo. Para terminar réstanos añadir, que en nuestra opinión—y juzgando por los resultados de nuestros ensayos—no hay que contar mucho con la investigación de la sensación de resistencia en los sujetos obesos. (*La Crónica Médica*, Lima, Marzo de 1921.)

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**2. Contribución al estudio de la tensión venosa periférica. Resultados obtenidos en las afecciones cardiovasculares, por M. Villaret, Fr. Saint-Gilons y Grellety-Bosviel.**—Los autores han estudiado la tensión venosa periférica en 36 individuos afectos de cardiopatías diversas, compensadas ó no, de arterioesclerosis, de nefritis hipertensiva. En las condiciones en que ellos se han colocado,—que son bastante diferentes de las en que operaban los autores que hasta ahora se habían interesado por la medida de la



presión venosa,—ésta depende sobre todo de la *vis á tergo*, consecuencia y residuo del sístole ventricular izquierdo y del estado de éxtasis de las cavidades derechas. Cuando el funcionamiento cardioarterial es satisfactorio (sujetos sanos ó cardiópatas bien compensados), la presión venosa acompaña la tensión arterial máxima. Si la compensación no es perfecta en un cardíaco, la presión venosa aumenta y sobrepasa claramente la máxima arterial; este es el caso en los asistólicos, y el estudio de cinco casos de enfermedad de Corrigan, ha mostrado á los autores que en esta afección la insuficiencia cardíaca era probablemente más precoz de la que se admite clásicamente. A la inversa, la arterioesclerosis puede, por el obstáculo que constituye, debilitar la *vis á tergo* y mantener la presión venosa muy por debajo de la presión arterial; los hipertensos arteriales por arterioesclerosis pueden, pues, ser hipotensos venosos; si las arterias están, por el contrario, poco lesionadas, la hipertensión venosa acompaña á la hipertensión arterial que la condiciona; existe en ello quizá un medio de precisar el estado de las arterias en un hipertenso. En suma, en el estado patológico, como en el estado normal, la presión venosa tiende á seguir la tensión arterial máxima; la sobrepasa, sin embargo, en los casos de asistolia y es inferior en los de arterioesclerosis. (*Bull et Mem. de la Soc. Med. des Hôpitaux*, núm. 21, 23 de Junio de 1921.)—LUENGO.

## OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Consejos tocológicos para el médico práctico, por el Dr. L. Bleumerich.**—1.º El puerperio, su higiene y profilaxia de los accidentes.—Después del parto más feliz la puerpera queda expuesta á peligro de muerte por hemorragia profusa y á peligro de infección, consecuencia de las intervenciones. En la mayoría de los casos los accidentes graves que se presentan en el puerperio son culpa del tocólogo. Se debe saber que en el momento en que empieza á desprenderse la placenta tras del parto se produce hemorragia, pero que las contracciones del útero son las llamadas á comprimir los vasos y cohibir la hemorragia. Puede ocurrir, ó que se desprenda la placenta desde el borde inferior al superior y entonces se produce ligera hemorragia desde un principio, ó que se desprenda primero por el centro con lo que se forma hematoma retroplacentario que se expulsa al mismo tiempo que la placenta. El desprendimiento y la expulsión de la placenta deben abandonarse á la naturaleza. Sobre todo el médico tiene que tener gran cuidado de no temer demasiado pronto la atonía del útero, porque este temor es el que le lleva á hacer maniobras de masaje y expresión del útero que constituyen cuando son inoportunas el método más seguro de convertir un alumbramiento fisiológico en uno patológico. No hay, pues, que apresurarse en ver terminado el alumbramiento, y olvidar que en todos los casos en que la placenta se empieza á desprender por el borde se produce una hemorragia inmediatamente después del parto. Pero, además, hay que tener una noción de la abundancia de esta hemorragia. Para ello es conveniente recoger dicha sangre en un bidet de cuña que se coloca debajo de la mujer inmediatamente después del parto; con un poco de hábito se aprecia en seguida cuando la cantidad de sangre pasa de 400 c. c. que es la cantidad que normalmente se debe expulsar. Mientras la cantidad de sangre no pase de estas cifras, no hay que apresurarse á intervenir. La observación del pulso y del color de la cara es de gran importancia. Un pulso normal en cuanto á la frecuencia y á la tensión permite estar tranquilo de que todo marcha bien; un pulso acelerado á 120 á 130 latidos por minuto es síntoma

de hemorragia abundante hacia el exterior ó hacia el interior, hematoma retroplacentario. También se prestará atención al estado y modificaciones que sufre la matriz. Después del parto queda aproximadamente á nivel del ombligo, después, y cuando se va desprendiendo la placenta, se eleva el fondo del útero por encima del ombligo, pero al mismo tiempo se contrae, se hace rígida y se marcan en ella muy bien los contornos laterales. En cambio, una hemorragia abundantísima hace también que suba el fondo del útero, pero no se contrae y adquiere una forma globulosa. Prestando á estas circunstancias la atención debida, se evitarán en absoluto las maniobras é intervenciones innecesarias. Nada más expulsado el feto, hay que contentarse con una tracción suave sobre el cordón para que salga toda la parte de él que esté comprendida en la vagina. Además, se marca el punto del cordón que está á nivel de la vulva por medio de una pinza ó ligadura estéril, y cuando se desarrollan en el útero los fenómenos que indicamos más arriba, si al mismo tiempo avanza la parte del cordón que lleva la pinza unos 10 centímetros, se puede asegurar que la placenta se ha desprendido y se encuentra en la parte inferior del conducto cervical de la matriz.

El médico no tiene otra cosa que hacer que comprobar que el alumbramiento marcha por el camino que hemos indicado. Una vez que esté bien convencido de que se ha terminado el desprendimiento de la placenta, si la parturiente es demasiado débil para hacer por sí misma la presión necesaria para la expulsión de la placenta, puede el médico hacer una expresión ligera. Para ello debe estar vacía la vejiga de la orina, y si no lo está, no hay que echar mano en seguida del catéter, sino que al hacer la presión del útero basta muchas veces para que se inicie la micción, y en tal caso se suspende toda maniobra hasta que la vejiga ha terminado de evacuarse. Antes de hacer la expresión, el útero debe estar completamente contraído, y si no, se hará que se contraiga por medio de la fricción, luego se abarca el fondo con una ó con las dos manos, colocando el pulgar en la parte anterior y los otros cuatro dedos en la parte posterior. Una vez que se tiene la seguridad de que la placenta se encuentra en la vagina, se puede sustituir la presión por la tracción sobre el cordón, pero en todo otro caso esta tracción está condenada.

En cuanto ha salido la parte principal de la placenta se coge con ambas manos para que no caiga de golpe sobre la cama, que ocasionaría desgarros de las membranas, y se retuerce sobre sí misma para que las membranas retorciéndose formen un cordón. Si á pesar de todo quedasen membranas retenidas, se sujetan con una pinza, y retorciéndolas sobre sí mismas, se extraen con sumo cuidado. La misión más importante del médico entonces, es determinar que la placenta se encuentra entera, para lo que examinará la superficie de inserción. Generalmente, se aprecia muy bien si falta algún cotiledón, y para habituarse al aspecto de esta falta, basta arrancar uno de los que la placenta tiene. En caso de que quede algún cotiledón, se aguardará incluso algunas horas, en espera de que se expulse espontáneamente y no está de más hacer de cuando en cuando una maniobra de expresión. Pero si al cabo de doce horas, por ejemplo, no se ha expulsado, hay que proceder al tacto intrauterino por medio del histerómetro y á la extracción con la cucharilla, porque en las primeras cuarenta y ocho horas penetran en la cavidad del útero gérmenes patógenos, que siempre se encuentran en los segmentos inferiores del aparato genital, y si encuentran en él un cotiledón, se implantan en éste, que constituye un excelente medio de cultivo. Si los trozos de cotiledón que quedan en el útero son pequeños, alcanzando un



tamaño máximo de un haba y si quedan trozos de membranas que no se han podido coger con las pinzas, no hay que concederles gran importancia y bastan X gotas diarias de secacornina ó una ampolla de la misma substancia, para dar lugar á su expulsión. Una vez que ha terminado el alumbramiento, también aparece casi siempre una contracción uterina que dura varios minutos y desaparece, á su vez, quedando el útero nuevamente relajado.

Entonces hay que tener cuidado de la posibilidad de una hemorragia, fijándose en la expulsión de sangre, el pulso, el color de la cara, la altura que alcanza el útero, que no debe pasar de un punto medio entre el ombligo y el apéndice xifoides. Si á los treinta minutos de terminado el alumbramiento no se ha producido hemorragia, puede decirse que ya ha desaparecido todo peligro de ella. No hay inconveniente en administrar inmediatamente después del parto dosis muy pequeñas de alguno de los remedios que refuerzan las contracciones uterinas, tales como el cornezuelo y la pituitrina, pero dando ésta á lo sumo en cantidad de  $\frac{1}{2}$  c. c., porque á dosis mayores se cerraría el útero y la contracción sería ineficaz. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 30 de Junio de 1921.)

## UROLOGÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tratamiento de los cálculos del uréter, por G. Marion.**—El diagnóstico de los cálculos del uréter sólo puede hacerse mediante exploraciones especiales. Los aspectos clínicos que pueden presentar estos cálculos son muy diferentes. Existen cálculos latentes, que distan mucho de ser excepcionales y que han descendido del riñón sin manifestaciones claras, instalándose en el uréter sin determinar trastorno notable, descubriéndose por la radiografía con ocasión de una exploración cualquiera. Estos cálculos latentes pueden ocasionar perfectamente la destrucción progresiva y silenciosa del riñón. Lo más frecuente es que los cálculos del uréter se manifiesten por dolores, que á veces revisten el tipo del cólico nefrítico; en otros casos, la primera crisis reviste claramente el tipo del cólico nefrítico, pero después se trata de dolores continuos que asientan en un punto del trayecto ureteral, exasperándose en ciertos momentos y presentando irradiaciones hacia el riñón y la vejiga. Cuando el cálculo está muy cerca de la vejiga las crisis dolorosas revisten el carácter de los dolores de cistitis, con frecuentes micciones; en otros casos, si los dolores atraen la atención de los enfermos, la del cirujano recae, sobre todo, en la existencia de un aumento de volumen del riñón. A veces el síntoma primordial es una piuria. Finalmente, en ocasiones, es con motivo de una anuria cuando se descubre un cálculo ureteral, ya sea porque la anuria se produzca por el enclavamiento del cálculo, inhibiéndose el otro riñón, ó porque existiera un cálculo en uno de los uréteres y se enclavase otro cálculo en el otro uréter, obliterando el único riñón que funcionaba. El diagnóstico se hará por el cateterismo ureteral, y sobre todo, por la radiografía. En los casos en los que la radiografía por sí sola no resuelva las dudas, se hará el diagnóstico por medio del cateterismo ureteral con sonda opaca completado por la radiografía, viéndose si la mancha dudosa está en contacto ó no con la sonda, en las distintas posiciones en que se tome la radiografía. El pronóstico de los cálculos del uréter es siempre serio para el riñón correspondiente.

El tratamiento de los cálculos del uréter consiste en su extracción, debiéndose verificar ésta con mayor rapidez que la de los cálculos renales. Por lo demás, desde el punto de vista de su tratamiento, hay que dividir á estos cálculos en cálculos no complicados y cálculos complicados, pudiendo consistir las complicaciones en la anuria, una hidronefrosis,

una pionefrosis, ó la concomitancia de cálculos renales. En los casos no complicados, si el cálculo es reciente y su volumen no muy grande, se puede ensayar su eliminación por medio de aguas minerales apropiadas, ó bien por la distensión vesical, que consiste en llenar la vejiga con una solución cualquiera hasta que el enfermo experimente grandes deseos de orinar; esta distensión provoca contracciones vesicales susceptibles de extenderse hasta el uréter y determinar un cólico nefrítico. Si el cálculo está encajado desde hace largo tiempo, ó si los medios anteriores han fracasado, hay que tratar de provocar su salida por medio de maniobras sobre las vías naturales; el cateterismo ureteral es un excelente medio para este objeto; se introduce la sonda hasta el contacto con el cálculo; se inyectan 2 c. c. de cocaína al 2 por 100, inyección que permitirá en general pasar la sonda por donde antes no era posible hacerlo; llegada la sonda por cima del cálculo se inyectan 10 c. c. de aceite esterilizado; si la sonda no pasa, á pesar de la cocaína, se inyecta el aceite por debajo del cálculo, con gran presión; se repetirá la maniobra dos ó tres días después empleando sondas cada vez más gruesas. Si no se logra hacer pasar la sonda, puede utilizarse para ello la bujía de Nogués. Si el cálculo ha de ser eliminado, se expulsa después de retirar la sonda por medio de un cólico nefrítico. Si este procedimiento falla, puede intentarse la dilatación del uréter con bujías de calibre progresivamente creciente introducidas por medio del cistoscopio de fulguración. Cuando el cálculo está detenido en la porción vesical del uréter, se podrá hacer salir casi siempre por el desbridamiento del orificio ureteral obtenido por cauterización con un electrodo, produciéndose la abertura del canal por necrosis de su pared. Cuando el cálculo no pueda eliminarse por estos medios, á causa de su volumen, se procederá á la ureterotomía, que según la localización de la piedra, se hará por vía lumbar, ilíaca, vaginal ó vesical. En los cálculos complicados de anuria, si ésta es de fecha que lo permita, se harán las exploraciones necesarias, á fin de localizar el cálculo y se practicará la ureterotomía. Si por el contrario, la anuria data de varios días y es indispensable obrar de prisa, se practicará un cateterismo ureteral; si la sonda pasa, estaremos en las condiciones de un cálculo no complicado. Si la sonda no pasa, ó si para hacer el cateterismo hay que hacer perder tiempo al enfermo, se practicará una nefrostomía y ulteriormente se hará la expulsión del cálculo en frío por los medios antes dichos. En el caso de pionefrosis con accidentes agudos, hay que obrar sobre el riñón después de haber reconocido el valor del riñón del otro lado; si el riñón está destruido por completo, se le extirpa, sin preocuparse de extraer el cálculo ureteral; si el riñón está en condiciones de poder servir, hay que contentarse con abrirle y dejar drenaje, y cuando hayan desaparecido los fenómenos agudos se extrae el cálculo para poder cerrar la fístula renal. Cuando al cálculo acompaña la hidronefrosis se comenzará siempre por atacar al cálculo, á no ser que aquella sea considerable, en cuyo caso se practicará una nefrectomía. (*Paris Medical*, núm. 23, 6 de Agosto de 1921).

—LUENGO.

## OTORINOLARINGOLOGÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las reacciones ganglionares peri-auriculares de origen otítico en el niño, por Ph. Cadenaule y Retrouvey.**—Una infección localizada en el oído puede propagarse á los ganglios linfáticos vecinos, ó bien por contigüidad, ó por la vía venosa, ó por la vía linfática; esta última es la vía más corriente y á este modo de propagación dedican los autores su trabajo. Los vasos linfáticos que rodean el órgano del oído, desembocan en un cierto número de grupos gan-



glionares: el grupo parotídeo, que consta de ganglios superficiales y profundos; los primeros ó extraglandulares, no son admitidos por todos los autores. Los profundos están delante del trago (preauriculares) al nivel de la carótida y de la yugular externas; además de los linfáticos de la parte anterior del conducto y de la caja, reciben los vasos aferentes de la parte anterior de la mucosa de las fosas nasales. El grupo mastoideo, que recibe los linfáticos del cuero cabelludo, de la parte posterior del oído externo y de la caja. El grupo infra-auricular, entre el borde anterior del esternocleidomastoideo y el polo posterior de la parótida, reciben los linfáticos de la parte inferior del conducto y del lóbulo. El grupo retro-faríngeo, con uno ó dos ganglios llamados de Gilette y situados en la parte superior del espacio retro-visceral; existen además sobre la pared posterior de la faringe, en el espesor mismo de la aponeurosis, nódulos ganglionares que serían el punto de partida de los abscesos retro-faríngeos en el niño; reciben los linfáticos de la caja, de la trompa, de la mucosa, de la parte posterior de las fosas nasales y de la nasofaringe. Todos los linfáticos eferentes de estos diversos grupos van á los ganglios superiores de la cadena cervical profunda situada en la cara externa de la yugular externa y que constituyen los verdaderos ganglios regionales del oído, no siendo los otros más que grupos intercalares. La sintomatología de las participaciones ganglionares en las infecciones del oído, varía según el grupo ganglionar; la evolución, en general, tiende á la supuración en el niño, pero es frecuente no obstante la resolución, cuando se trata de casos conocidos y tratados precozmente. Las infecciones del oído que tienen la mayor parte en la etiología de estas reacciones ganglionares, son las diferentes formas de otitis medias. La otitis aguda ó subaguda representa una gran proporción de los casos observados; en las formas crónicas puede también haber reacción ganglionar, pero es en general ligera y tórpida, sin los caracteres ordinarios. Más interesantes son los casos en los que la reacción ganglionar sigue á una infección de la caja de evolución insidiosa. Se ve que, en efecto, existen, particularmente en el niño de pecho, formas de otitis latentes, verdaderas otitis medias con pus en la caja, fungosidades, osteítis de los huesecillos y tímpano no perforado; sobrevienen estas formas, como complicaciones de las enfermedades infecciosas en recién nacidos débiles ó caquécticos. Pasa por lo general desapercibida, por no ir acompañada de temperatura, por ser indolora frecuentemente y por no dar supuración; casi no se revela objetivamente más que por la salida de pus en la nasofaringe, debido al tamaño grande de la trompa en el niño. En casos de esta naturaleza una adenitis aguda ó subaguda puede ser un elemento importante de diagnóstico. En otros enfermos, la afección de la caja puede haber sido muy ligera y hasta haber pasado desapercibida, ó haber desaparecido ya, cuando se desarrolle la adenitis, fenómeno del mismo orden que el que se produce cuando una herida ligera del pie, por ejemplo, provoca una adenitis inguinal, en la que el ganglio infectado puede evolucionar hacia la supuración cuando la herida cutánea está ya cicatrizada. Entre las formas clínicas de las adenitis de origen otítico, pueden observarse, una adenitis mastoidea, generalmente causada por la otitis externa; una adenitis ó adenoflemón de la parótida; adenitis retro-faríngea; casi exclusivamente especial á la infancia, lo más á menudo con su origen en la nasofaringe, á veces, sin embargo, en el oído medio; adenitis cervical, primitiva ó secundaria á la infección de uno de los grupos anteriores. El diagnóstico diferencial es de un gran interés práctico, sobre todo en presencia de una adenitis mastoidea, que puede confundirse con una mastoiditis, refiriendo los autores una observación interesante sobre el asunto; se establece el diagnóstico diferencial: 1.º, por-

que en la adenitis, la tumefacción es desigual, móvil; 2.º, porque el dolor á la presión no asienta exactamente en el punto antral, sino un poco por bajo, á nivel de la inserción del esternocleidomastoideo; 3.º, en la adenitis, se percibe claramente la línea temporalis y se siente debajo de ella la pequeña depresión normal que traduce una mastoidea sana.

El tratamiento de las adenitis consistirá en fomentos calientes renovados varias veces al día, en aplicación de pomada mercurial, ó de pomada resolutive de ioduro de plomo al 1 por 10; cuando la adenitis ha evolucionado hacia la supuración se impone siempre la abertura quirúrgica, que podrá ser seguida, según los casos, del raspado de los ganglios y de un toque de cloruro de cinc al 10 por 100, técnica que da resultados particularmente satisfactorios. (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, núm. 12, 30 de Julio de 1921).—LUENGO.

## CORAZÓN Y SANGRE

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Las causas adyuvantes del paludismo, por F. Regnault.—Las causas del paludismo deben dividirse en tres etapas: 1.º Causas productoras del anopheles; desmontes, prados para pastos, naturaleza del suelo y todas las causas que provocan el estancamiento del agua. 2.º Anopheles, causa eficiente del paludismo. 3.º Causas adyuvantes que favorecen la transmisión del hematozoario por las picaduras del mosquito. Se sabe que el paludismo es más grave en los países pobres y atrasados y que el bienestar de los pueblos conduce á su disminución y hasta su desaparición. En efecto, la pobreza y el atraso de un país favorece la transmisión del hematozoario de tres maneras: por las malas condiciones de vida, por la ausencia del papel protector que representan los animales domésticos y por la ignorancia y los prejuicios. Las malas condiciones de vida es un factor de agravación. Si se acuestan varios individuos en una sola habitación, basta que uno solo de ellos sea palúdico para que los anopheles transmitan sus hematozoarios á todos los demás y se agrave la enfermedad por inoculaciones renovadas sin cesar. El paludismo se atenúa y puede desaparecer, si se mejoran los alojamientos. Los animales domésticos juegan, como se ha reconocido recientemente, un papel protector, prefiriendo el anopheles el caballo, el buey, el cerdo..., al hombre. Cuando un país se enriquece mejora el ganado, se le coloca en establos y puede jugar su papel protector. Por otra parte, las casas se hacen más confortables y el paludismo disminuye aunque persistan los anopheles. Por el contrario, cuando una invasión ó una guerra civil tiene lugar en un país rico donde existan anopheles, sin gran epidemia palúdica, el vencedor destruye las habitaciones, el ganado, los hombres. A la cría intensiva de animales de razas seleccionadas cuidados en establos, sucede la cría extensa de animales rústicos que viven al aire libre; á las viviendas confortables, suceden malos abrigos en los que viven estrechamente los habitantes. El paludismo estalla. Los habitantes de los países palúdicos, por el hecho de la enfermedad, son lentos, perezosos. Por lo tanto, están desprovistos de iniciativa, no tienen energías, tienen el espíritu rutinario, misoneísta; mala condición para realizar las medidas profilácticas. Cuando á ello se une la ignorancia, resultan prejuicios, supersticiones que se oponen á toda lucha contra el mal. Así se atribuyen las fiebres al aire malo, al mal olor de los pantanos, etc.; se niega el papel de los mosquitos. Con tales prejuicios, se desprecian las precauciones elementales y se toman las que no tienen ningún valor. Para desechar todos estos prejuicios hay que dar conferencias en las escuelas á los niños y en los hospitales á los enfermos que están directamente interesados (*Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôpitaux*, núm. 21, 23 de Junio de 1921).—LUENGO.



# EL SIGLO MEDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL:

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

### Boletín de la semana.

Expectación patriótica. — Dos Reales órdenes.

No expectación, atención ni preocupación solamente; el anhelo del corazón y el alma tiene España entera puesto en los acontecimientos que se desarrollan en sus posesiones de la costa africana.

A los que tenemos todavía la debilidad de sentir en nuestra alma ciertas elevadas emociones y tenemos la fortaleza de no ruborizarnos al exteriorizar estos sentimientos arcaicos y casi ridículos en nuestro país; á los que aún nos enorgullecemos con llamarnos españoles, entendiendo por nuestro ideal patriótico el reconocimiento y el deseo de la corrección de las faltas, lo mismo que la complacencia en el reconocimiento de las condiciones relevantes; la superioridad de otras actividades sobre nuestras habituales ignorancias, lo mismo que el orgullo de la persuasión de las condiciones que han integrado siempre el carácter de nuestra raza, á los que así pensamos no puede satisfacernos el declarar *discretamente* un revés ni proponer con *prudencia* la corrección remota de las causas visibles que le han engendrado.

Necesitamos más, exigimos la reconcentración general de nuestro esfuerzo para imponerse á todos; á los enemigos, con la justicia y la fuerza; á los gobernantes, con la reprobación y el castigo; á los conciudadanos, por la apelación patriótica y el ejemplo. Hablar ahora de reformas administrativas, de proyectos legislativos, de aspiraciones particularizadas, produce remordimiento y aun repugnancia en los espíritus que piensan alto y sienten hondo.

¿Qué nos importa hoy lo que pueda hacer un ministro de la Gobernación, ni el de Fomento ó el de Instrucción Pública en lo que está al alcance de sus mermados medios de reforma? ¿Qué nos importa lo que puedan intentar unas Cortes, que si se reúnen será para dar el habitual espectáculo de divisiones, concupiscencias y egoísmos, que las llevarán á una inmediata disolución? Lo importante es alentar el alma nacional, que ella sabe despertar, á pesar de los Gobiernos y sin los Gobiernos, como lo hizo en 1808. Lo importante es imitar á otros pueblos que, como Francia en 1914, estaban tildados de distraídos de sus deberes y desorganizados en lo íntimo de su ser, y han dado, sin embargo, el ejemplo de fortaleza, de perseverancia y de abnegación que les ha conducido á la victoria.

¿Sabrá España primeramente comprender el peligro, luego reconocer el origen del daño é imponer, por último, el correctivo?

Pero vemos que nuestro *espíritu juvenil* nos aparta de nuestros hábitos de prudencia, llevándonos á terrenos de los que debemos estar apartados, y de los que quisiéramos poderlo estar. Esperemos que *cada español se reconozca culpable, se sienta arrepentido y se proponga corregirse y corregir á los demás*. Porque todos hemos pecado y de todos hay que esperar la rectificación de la conducta, *no considerándose nadie lo bastante pequeño para esperar que los demás le sustituyan en la acción*. Las más veces la reserva y la prudencia no son sino máscaras del egoísmo, de la impotencia y de la ausencia de sentir ético.

Dos Reales órdenes han visto la luz en los últimos días, haciendo referencia a los asuntos que son de nuestra incumbencia. Emanan la primera del Ministerio de la Gobernación, y con el carácter de recomendación *paternal* se dirige á las Diputaciones provinciales y á los Ayuntamientos, recomendándoles que reserven las plazas y los cargos que se encontraran desempeñando aquellos médicos que por las necesidades impuestas por las actuales circunstancias fuesen llamados á filas y proveyéndolos solamente con carácter interino para que los servicios correspondientes no resulten desatendidos.

A primera vista la tal Real orden circular ó *recomendación oficiosa* produce simpático y buen efecto, y aun en algunos *espíritus fáciles* ha llegado á producir la explosión del ditirambo; pero en nosotros que tenemos alguna dificultad, quizá senil (por no llamarla vanidosamente práctica) para el entusiasmo, no ha determinado tan fáciles emociones, sin que hayamos dejado de reconocer su buena intención.

Como documento *efectista*... no está mal; como disposición *efectiva*, es casi un papel mojado.

Porque ¡vamos á ver! ¿por qué no se recomienda también que á los médicos que se encuentren en el caso á que ella se refiere, se les satisfagan sus haberes, durante la permanencia en filas, como han dispuesto las empresas financieras y el Estado mismo con los funcionarios de ellos dependientes? Porque de esto nada se dice y la cosa no es indiferente, sin que quepa alegar que el Gobierno central no puede inmiscuirse en estas funciones reconocidas



como autonómicas á las corporaciones locales; porque en este caso sobra toda la Real orden y, si se ha creído conveniente la *recomendación paternal* para la reserva de las plazas, se ha podido perfectamente hacerla extensiva al pago de los haberes.

Pero no es esto solo: no negamos que habrá algunos médicos que desempeñando cargos municipales ó provinciales y teniendo una edad inferior á los veinticuatro ó veinticinco años, podrán ser requeridos por la patria para el servicio activo de las armas; pero no se nos negará que el caso no puede ser, ni mucho menos, tan frecuente como el de los alumnos de Medicina y practicantes, á quienes al propio tiempo que se les aparta de sus puestos remunerados, se les interrumpe el curso de sus estudios, produciéndoles un perjuicio innegable para lo porvenir.

No hubiera, pues, *sobrado* el que en la orden *recomendatoria* se hubiesen incluido á estos modestos jóvenes, que en crecido número se encontrarán afectados por el llamamiento militar, y aun nosotros iríamos á más, á pedir al ministro de Instrucción Pública que por las respectivas Universidades se declararan aprobados en las asignaturas en que se encuentren matriculados los alumnos que hayan sido llamados á filas ó que voluntariamente se hayan ofrecido para el servicio.

No nos asusta el posible aspaviento que harán algunos ante nuestra última proposición; cuando ellos se fijan en la época del año en que lo hacemos y en las condiciones en que se efectúan ordinariamente los exámenes, verán que la cosa no está tan desprovista de equidad.

En cuanto á la segunda Real orden publicada en esta semana y que íntegra reproducimos en este número, referente á los servicios farmacéuticos y á las horas de trabajo en las oficinas de farmacia, dejamos para el número inmediato el hacer las reflexiones que nos sugiere, tanto más, cuanto que nos proponemos consultar opiniones autorizadas, que, *sin ser oficiales*, pueden tener tanta ó más importancia que las que lo son.

Y á propósito: ¿no habría manera de comprender también en los beneficios de la primera Real orden á los farmacéuticos y á los estudiantes de Farmacia?

DECIO CARLAN.

## MEDICINA SOCIAL

FOR EL

DR. AGUADO MARINONI

Del Instituto de Medicina Social.

La llamada *cuestión social*, el desarrollo normal y progresivo de las colectividades humanas, la gobernación de los pueblos, todos los grandes problemas nacidos de la convivencia, cada vez más estrecha, del hom-

bre con el hombre, no encontrarán solución adecuada y estable mientras no los saquemos del terreno de la especulación metafísica y les situemos en el campo de la Biología, que es su base fundamental.

Se legisla demasiado y, lo que es peor, sin otro criterio que puras fantasías ideológicas, de escaso ó ningún contenido real, y sin tener en cuenta que el hombre, como todos los seres vivos, está sujeto á leyes naturales, de cuya transgresión no puede esperarse otra cosa que la *enfermedad*, la *degeneración* del tipo humano y la degeneración consiguiente y obligada de todos sus productos y actividades.

Mientras no llevemos á la opinión general el firme convencimiento de que sólo puede ser culta y progresiva una sociedad constituida por individuos sanos, sanos de cuerpo y sanos de espíritu, daremos vueltas torpemente y adelantaremos muy poco en el camino de la humana redención.

Sólo el hombre sano es susceptible de una cultura racional y armónica, y sólo el hombre sano y culto está en condiciones de emprender y de gozar plenamente el grande, el inmenso placer de vivir.

La política, pues, de los tiempos modernos ha de ser la *lucha por la salud*, y en esta formidable empresa nos está reservado á los médicos por derecho propio el papel de vanguardia.

Pero para ello es necesario que los médicos, tanto en el estudio de la ciencia como en su aplicación práctica, vayamos poniéndonos á tono con tan brillante papel. La misión del médico no es sólo visitar enfermos, labor ésta secundaria y subalterna, aunque lo arcaico y rutinario de nuestras costumbres la coloque todavía en primer término.

Con el tiempo, muy lejano todavía, por desgracia, para nuestro país, el individuo enfermo será separado —en beneficio suyo— de la sociedad y de la familia y trasladado á establecimientos especiales donde puedan reunirse todos los elementos y garantías necesarias al completo restablecimiento de su salud. Y la misión principal, la verdadera del médico en la sociedad será la de modificar, la de disponer el ambiente, físico y social, en que el hombre viva, de tal modo que el resultado forzoso, natural, espontáneo, sea la salud de todos.

La función del médico será entonces esencialmente *pedagógica*, de enseñanza, de educación de sanos, y de *acción política*, de política sanitaria, de mejoramiento de la raza. Este es el papel social de la Medicina y este su campo de acción para el porvenir. Y aquí es donde la Medicina puede rendir á la humanidad todos sus grandes y positivos beneficios.

Cuando se repasan las publicaciones médicas de estos últimos tiempos, da pena ver el caudal enorme de tiempo y de trabajo malgastado por los hombres de ciencia en detallismos cominosos de investigación y en puerilidades imaginativas de interpretación doctrinal, separándose y olvidándose ca la vez más de aquello que constituye las esencias fundamentales de la vida. Se abusa del pequeño análisis, que no requiere gran flexibilidad intelectual, y se huye de las grandes síntesis, tal vez por la limitación de horizonte mental que la excesiva decisión del trabajo impone á cada uno.



Creemos que ha llegado el momento oportuno de imprimir un cambio de ruta en la educación de las nuevas generaciones de médicos. Hay que enseñarles su papel social. Y para ello nada tan adecuado como la creación en todas las facultades de Medicina de la cátedra de Medicina Social, ciencia hoy con un contenido teórico perfectamente deslindado y una serie de aplicaciones prácticas inmediatas bien determinadas.

Sin esto, la labor de los que á tan importantes cuestiones dedicamos nuestro esfuerzo resultará lenta, pesada y sujeta á inevitables desfallecimientos del ánimo ante la incomprensión, la hostilidad del ambiente.

## UN LLAMAMIENTO DE LA CRUZ ROJA

Los periódicos de Ginebra publican el siguiente llamamiento del Comité internacional de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y de su Comisión Mixta, que por su espíritu humanitario reproducimos:

«En los tristes días en que el mundo sufrió las tribulaciones de la gran guerra, la Cruz Roja prodigó solícita su socorro á todas las víctimas, y, al obrar así, cumplía una sagrada obligación y ejercía un derecho superior, ya que sus mismos principios la ponen por encima de todas las pasiones humanas.

Hoy importa á la Cruz Roja y á cuantos tienen fe en ella proclamar que su ideal y su voluntad son, no sólo luchar contra los males de la guerra, sino también contribuir á hacer desaparecer la guerra misma, merced á la acción bienhechora de sentimientos de abnegación y á la práctica del deber que tienen los humanos de ayudarse mutuamente.

La Cruz Roja no se contenta con trabajar en tiempo de paz, sino que quiere asimismo trabajar para ella; y por eso se dirige á todos los hombres de corazón, sin pararse á considerar las diferencias de nacionalidad, de religión, de profesión ó de categoría social, y á todos los hombres pide que, empleando cada cual sus fuerzas y sus medios, emprendan una campaña de propaganda tenaz y general contra el espíritu de guerra, el cual es capaz de destruir para siempre la paz del mundo.

Durante cinco años han perecido ó quedado mutilados millones de hombres. Actualmente, millares y millares de estos combatientes, ó de prisioneros que al fin consiguieron su libertad, llevan en sí las huellas imborrables de los padecimientos del cuerpo y del espíritu.

Todos habían creído que las generaciones venideras recogerían los frutos de tantos sacrificios, llegando á conocer una vida internacional más libre, más leal y más fraternal; pero á semejante anhelo no parece corresponder la realidad. En todas partes vuelven á advertirse el desorden y la incertidumbre, la desconfianza y la codicia, los rencores y las amenazas de nuevos conflictos; y ello es porque el espíritu de la guerra no está vencido todavía y continúa reinando aún en el mundo.

Su funesta influencia está bien de manifiesto; él es el inspirador de ciertas políticas y de ciertas polémicas que son causas determinantes de muchos juicios falsos de la opinión pública; por culpa de ese mismo espíritu es cada vez más dura en todos los países la lucha económica internacional.

Ahora bien; durante esos años terribles de la guerra, para galvanizar aún más en el seno de las naciones los sobrehumanos esfuerzos que imponía la lucha, se dijo y repitió en todas partes que la suprema recompensa de tanto heroísmo sería la destrucción completa del espíritu de guerra, peligro

secular que constantemente amenaza á los hombres, y que de esa manera las generaciones futuras iban á ser redimidas de tanto sufrimiento. Tal esperanza sostuvo á los pueblos y á los ejércitos. ¿Era vana? ¿Cabe suponer que tantas vidas perdidas y tantos bienes destruidos no hayan servido para nada? Ante interrogaciones tan angustiosas se imponía un deber á la Cruz Roja, y por eso, la décima Conferencia internacional, reunida en Ginebra el 1.º de Abril de 1921 adoptó la resolución del presidente de la Cruz Roja italiana, Sr. Cirallo, senador, que dice:

«El Comité internacional de la Cruz Roja y la Liga de las Sociedades de la misma harán un llamamiento á todos los pueblos para exhortarles á combatir el espíritu de guerra que impera en el mundo».

En virtud de ese acuerdo, las dos instituciones precitadas se dirigen á los pueblos y á los individuos invitándoles á combatir de todas las maneras posibles y con cuantos medios tengan á su disposición el espíritu de guerra. Los hombres de Estado, escritores, escuelas, universidades, capital y trabajo deben tener muy presente que, por imperio de un interés superior común, están obligados á prestar ayuda á la paz, á fin de que ésta pueda conquistar la tierra.

Es menester, sobre todo, que al educar al niño se le inculque esa idea esencial; por consiguiente, hay que restaurar en el espíritu de los hombres los principios de un internacionalismo que respete el amor que todo hombre siente hacia su suelo natal, que todo patriota tiene á su patria; pero que enseñe también á todo ciudadano la obligación en que está de respetar igualmente la existencia y los derechos de sus semejantes y que haga penetrar en la vida diaria del individuo la luz de una justicia universal y permanente.

Ese verdadero internacionalismo solamente es posible mediante la colaboración activa y estrecha de los Gobiernos, los Parlamentos, las Asociaciones libres, la Prensa, los ministros de todas las religiones, y particularmente de las Sociedades nacionales de la Cruz Roja; pero á todas esas fuerzas debe añadirse la principal: el poder de la convicción individual. Pues bien; á todo hombre, cualesquiera que sean sus medios, corresponde su parte de labor en la consabida obra de pacificación universal.

Es preciso que en adelante cada cual se abstenga de emitir juicios en los que se advierta la influencia del egoísmo, de la ira, de pasiones ó de temores propios; en un espíritu de concordia y de ayuda mutua deberán informarse todos los estados de opinión. Tal es el único medio de preparar un porvenir mejor.

Y la Cruz Roja, fiel al ideal que animó á sus fundadores y al cual ajustó siempre estrictamente sus actos, afirma solemnemente ante el mundo entero que su misión no termina con la guerra, y hace un llamamiento al corazón de los hombres para que cada uno de ellos halle en sí la fuerza y la resolución que se necesitan si hemos de lograr la conquista de las seguridades crecientes de la paz.—Firmado en nombre de la Comisión mixta: el presidente, *Gustavo Ador*; presidente del Comité internacional de la Cruz Roja, *Claude H. A Hill*, director general interino de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja.

## CONTRA LAS ENFERMEDADES EVITABLES

### NOTA OFICIOSA

«Con fecha 28 del pasado Julio se publicó por el Ministerio de la Gobernación una interesante Real orden, por la que se dispone que los gobernadores convoquen á los alcaldes de los pueblos de su provincia para darles á conocer la



importancia de la creación de las brigadas sanitarias provinciales, exponiéndoles al mismo tiempo los presupuestos de gastos y acordándose el tanto por ciento con que cada uno de los Ayuntamientos ha de contribuir. Se nombrará por los mismos alcaldes una Comisión administrativa, presidida por el gobernador, y de la que formarán parte, además de los alcaldes que se designen, el inspector provincial de Sanidad y el jefe de la Sección de Cuentas del Gobierno civil, como vocales técnicos, actuando este último de secretario y el alcalde de la localidad de tesorero.

La Real orden tiene indiscutible importancia, porque es el principio de una campaña intensa contra las enfermedades llamadas evitables.

Recientemente fué creada una brigada sanitaria central, á cargo del Estado, cuya misión es acudir á los diversos puntos en que se presente algún brote de enfermedad infecciosa y practicar también campañas de saneamiento. Esta brigada puede decirse que está en constante movimiento desde su creación, y el personal que la compone, joven y apto para esta clase de servicios, se entrena cada día más en la lucha sanitaria. Pero es notorio que una sola brigada no puede prestar servicio á toda España, y resulta imposible simultanear los distintos cometidos en puntos lejanos; por otra parte, el secreto de la extinción de un foco epidémico, está en muchas ocasiones en acudir rápida y enérgicamente en los primeros momentos, atacando los primeros casos, y esto muchas veces no puede hacerlo la brigada central.

Por eso la Inspección General de Sanidad pensó en la creación de las brigadas provinciales, recabando el auxilio de los Ayuntamientos para que cada provincia pueda contar con el material y personal indispensable para acudir sin pérdida de tiempo á cualquier punto en que sus servicios sean necesarios. Estas brigadas podrán emprender también campañas de saneamiento, y auxiliarse mutuamente las de las provincias limítrofes, y, cuando el caso lo requiera, acudirá la brigada central, reforzándose así los servicios de la campaña sanitaria, que habrá comenzado siempre la brigada provincial.

Por la Subinspección de Sanidad Interior se ha dictado también una orden circular á los inspectores provinciales para que atiendan al cumplimiento de la Real orden en cuestión, que tantos beneficios ha de prestar á la salud pública, especialmente en los pequeños pueblos, en los que, por carecer de medios de aislamiento y desinfección, los enfermos infecciosos constituyen un grave peligro para todo el vecindario.

En algunas provincias existen ya servicios de esta naturaleza, que desde luego pueden servir de base para la organización ulterior. El Estado también contribuye por su parte enviando á cada inspector provincial un equipo de material sanitario.

### Sección oficial.

## MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

Inexcusables y santos deberes militares obligan en estos momentos á muchos médicos á incorporarse en filas y dejar, por consiguiente, los cargos que estaban desempeñando en la Beneficencia provincial ó municipal.

Ante tan excepcional situación, y siguiendo el alto ejemplo que el Estado ha dado con todos sus funcionarios que se hallan en igual caso, S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer se signifique á V. S. el Real agrado con que verá que, por parte de los Municipios y Diputaciones provinciales, se reserve la propiedad de sus puestos á sus respectivos médicos mientras duren las actuales patrióticas circunstancias, proveyéndose solamente de modo provisional sus plazas para que no queden desatendidos los servicios.

De Real orden lo comunico á V. S. á los efectos oportunos, dándose publicidad de esta disposición en la *Gaceta de Madrid* y en los *Boletines Oficiales* de las provincias. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 8 de Agosto de 1921.—C. Coello. — Señores gobernadores civiles de todas las provincias.

## MINISTERIO DEL TRABAJO

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Visto el expediente instruido con motivo de lo solicitado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid y por la Unión Farmacéutica Nacional, referente á la aplicación de la ley de la Jornada mercantil á las farmacias:

Resultando que el Colegio Oficial de Farmacéuticos, en Junta general extraordinaria celebrada el día 30 de Octubre de 1919, tomó determinados acuerdos referentes al modo de cumplir los preceptos de la ley de la Jornada mercantil y el Reglamento provisional para la aplicación de la misma:

Resultando que puestos dichos acuerdos, en debido cumplimiento de lo dispuesto por la ley de la Jornada mercantil, en conocimiento de la Agrupación de Ayudantes de Farmacia de Madrid, la Junta directiva de dicha Agrupación no prestó su conformidad al acuerdo de abrir y cerrar las farmacias á hora determinada, por entender que se hallan taxativamente exceptuadas de aquélla las farmacias y vulnerarse las Ordenanzas de Farmacia:

Resultando que, dado traslado asimismo de los acuerdos del Colegio Farmacéutico á la Unión General de Auxiliares de Farmacia, ésta expuso ser su opinión: 1.º, aceptar la jornada mercantil sin limitación de turnos, pudiendo cada farmacéutico establecer los necesarios al buen funcionamiento de su respectiva farmacia, de acuerdo con el personal de la misma; 2.º, en cuanto á la apertura y cierre de las farmacias, no puede oponerse al libre ejercicio de la profesión, teniendo especialmente en cuenta que las farmacias militares tienen un servicio permanente:

Resultando que remitido el expediente, en vista de la disparidad de criterios, á la Inspección del Trabajo, ésta informó en el sentido de que, «estableciendo la Real orden de 15 de Enero último las excepciones de la jornada máxima de ocho horas en el apartado 10 del art. 1.º, solamente quedan exceptuados de la jornada mercantil de ocho horas los auxiliares externos» y que «el acuerdo del Colegio que establecía la jornada de diez horas se acomodaba á ese precepto, pero era preciso que formulase una distribución de jornada en que, por turnos especificados, se mantuviese la jornada máxima legal de ocho horas para los dependientes que no tengan internado, consignando además las horas para la comida y descanso», y que «los restantes acuerdos adoptados por el Colegio podían ser vigentes desde luego» y que, «constando á la Inspección que las Asociaciones de Dependientes de Farmacia no habían prestado su asistencia á la propuesta de pacto, correspondía á la autoridad ministerial resolver acerca de la discrepancia surgida»:

Resultando que en vista de la publicación de la Real orden de 15 de Enero de 1920 y del informe emitido por la Inspección del Trabajo, la Junta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, en Junta general celebrada en 15 de Abril de 1920, adoptó, entre otros, los siguientes acuerdos respecto al horario por que deberán regirse las farmacias, y que son los que motivan la siguiente resolución: 1.º Cierre de las farmacias de nueve de la noche á nueve de la mañana; 2.º Los domingos se cerrará á las dos de la tarde y se abrirá al día siguiente á la hora señalada, exceptuando las

# BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estafío coloidal.

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.



que por turno les corresponda de guardia; 3.º Respecto á los turnos de la dependencia, los farmacéuticos los determinarán según sus necesidades, teniendo en cuenta el descanso de las doce horas seguidas, y dando dos horas para comer durante las horas de trabajo; 4.º Aprobar la distribución en siete grupos en que se dividen las farmacias de Madrid para los turnos de noche y domingos, estando facultada la Junta para hacer las modificaciones que sean necesarias; 5.º En los turnos de guardia se prestarán los servicios por el farmacéutico ó por personal distinto al que haya hecho el servicio durante el día; 6.º Considerarse excluidos de la ley de la Jornada mercantil á los estudiantes que viven ó trabajan en la oficina de farmacia con fines docentes para la ampliación de sus enseñanzas, por no ser obreros profesionales, sino aspirantes á profesores, que necesitan hacer prácticas de la carrera que van á ejercer; 7.º Que para dar exacto cumplimiento á la ley, que hace efectivo el descanso de doce horas tanto de farmacéuticos como de practicantes, se prohíba el despacho durante las horas de cierre de las farmacias que no estén de guardia; 8.º Solicitar del señor ministro de la Gobernación que disponga que el personal que preste el servicio de guardia esté incluido en la excepción de la Real orden de 15 de Enero, en atención á que el trabajo no es continuo y está facultado para el descanso en cama, y por ser las guardias semanales:

Resultando que la Unión Farmacéutica Nacional, en instancia de 8 de Abril de 1920, después de alegar diversas consideraciones acerca de la función profesional de los farmacéuticos, de las consecuencias de una jornada ilimitada sobre el organismo de los Profesores, y del interés de la salud pública, solicita: 1.º Que se dicte una disposición estableciendo el cierre dominical de las farmacias, determinando las horas de apertura y cierre diario con los turnos de guardia que en cada población aconseje la conveniencia pública y acuerde el Colegio Farmacéutico respectivo; 2.º Que de ofrecer esto dificultades, se declaren obligatorios para todos los colegiados los acuerdos adoptados por el Colegio, y se confiera á éstos la autoridad necesaria para hacer efectivas las sanciones á que los colegiados sean acreedores por el incumplimiento de los expresados acuerdos:

Resultando que, pasado el expediente al Instituto de Reformas Sociales, el Consejo directivo de este organismo acordó que antes de dictaminar el Instituto proceda remitirlo á informe de la Real Academia de Medicina, la cual ha estudiado el asunto en dos aspectos: el social y el sanitario. Después de examinar la naturaleza del servicio farmacéutico, la finalidad de la ley de la Jornada mercantil, las consecuencias de la reglamentación del trabajo en las farmacias, situación del asunto en España y otros países, propone, en definitiva, que la profesión de Farmacia sea eliminada de la ley de la Jornada mercantil, y que, en tanto esto se decide, se autorice un régimen transitorio que haga viable la observancia de dicha ley con las realidades de la práctica:

Resultando que el Real Consejo de Sanidad ha emitido informe en el sentido de que el servicio farmacéutico debe ser permanente, por exigirlo así el interés de la salud pública, debiendo buscarse una fórmula de armonía entre este interés y la realidad del servicio farmacéutico, dadas las limitaciones que la ley establece en cuanto á jornada y descanso, pudiendo ser la fórmula la que propusieron los Colegios farmacéuticos, concediendo cierta amplitud al profesor dentro de su propia oficina y no imposibilitando el que los estudiantes de farmacia puedan adquirir la práctica necesaria en las oficinas:

Resultando que el Instituto de Reformas Sociales ha emitido un detenido y meditado informe acerca del asunto, examinando los acuerdos del Colegio, las objeciones á éstos, las ventajas de los mismos, sus condiciones legales, el informe de la Real Academia de Medicina, emitiendo en definitiva, estas conclusiones: 1.ª Que no se opone argumento legal alguno al reconocimiento de la validez del pacto regulador de la jornada en las farmacias, siempre que ese pacto se perfeccione salvando la uniformidad del establecimiento de los turnos de trabajo de los dependientes internos (a los que se

aplica la jornada mercantil) y de los dependientes externos (que disfrutan la jornada de ocho horas); 2.ª Que no puede el Instituto aconsejar á la Superioridad que exceptúe del régimen legal á los estudiantes que practican en las farmacias ya que esto desvirtuaría el régimen legal vigente, causando grave daño á la dependencia de las farmacias propiamente dicha; 3.ª Que por todo ello, desde el punto de vista legal, que es el único que el Instituto puede abarcar, los acuerdos del Colegio de Farmacéuticos de Madrid, tomados por mayoría de votos, son firmes y obligan á todos los farmacéuticos, siempre que se ajusten á las prescripciones y reservas impuestas por la legislación tutelar de los dependientes:

Resultando que el Colegio Oficial de Farmacéuticos, en sesión celebrada por su Junta de Gobierno, acordó establecer en el local del Colegio un pequeño depósito de materiales de urgencia (sueros, inyectables, balones de oxígeno, equipos de operaciones, etc., etc.), á disposición de las farmacias de turno, para facilitar á los enfermos los medicamentos que demanden y la marca de su preferencia:

Considerando que, cualesquiera que sean las consideraciones de índole profesional relacionadas con la pertinencia de la inclusión ó no inclusión de la profesión farmacéutica en la ley de la Jornada mercantil, para la decisión del expediente elevado á esta Superioridad, es ineludible atenerse al estado de derecho vigente, creado por dicha ley de 4 de Julio de 1918, la cual taxativamente menciona las farmacias, así en su art. 1.º, núm. 1.º, al determinar los conceptos bajo los cuales alcanza la protección de la ley, como en el art. 3.º, número 1.º, con referencia á las excepciones:

Considerando que, si bien dentro de la ley, figuran las farmacias con un régimen de favor ó excepción al que la ley no ha dado un carácter obligatorio, y al que, por tanto, pueden ó no acogerse los dueños de ellas, conforme á los artículos 6.º y 9.º de la ley de la Jornada, no ha de olvidarse que, según el art. 10 del Reglamento, las exenciones determinadas en el art. 3.º de la ley «responden al objeto de no perjudicar al público», palabras que ponen de manifiesto que las exenciones se hallan consignadas en beneficio del dueño como del público, corroborando esto el Real Consejo de Sanidad al decir en su informe que «el servicio farmacéutico debe ser permanente, y que el interés de la salud pública es el más sagrado de los encomendados al Estado», todo lo cual aconseja que la renuncia á la exención pueda y deba ser condicionada siempre en contemplación de tan elevado fin:

Considerando que este interés del público lo ha reconocido ya la Real orden de 20 de Diciembre de 1919, recaída en un caso de aplicación de la ley de la Jornada mercantil á las farmacias, consagrándolo en uno de sus fundamentos y considerándolo á salvo mediante el establecimiento de un turno de despacho en las farmacias durante las horas de clausura:

Considerando que, en relación con los precedentes fundamentos, ha de tenerse en cuenta que el régimen de la llamada Jornada mercantil es, por su esencia, local, por haber de subordinarse á las características de cada población (las cuales suelen ser muy diversas), como evidencia el contexto de la mayoría de los artículos de la ley y del Reglamento, aunque dentro de cada población el régimen, según el artículo 18 del Reglamento, haya de entenderse colectiva y uniformemente para todo el gremio:

Considerando que, si al amparo del artículo 6.º de la ley, corresponde á los dueños de las farmacias la facultad de acordar la distribución uniforme de las jornadas dentro de cada localidad, lo relativo á la determinación de las dos horas para la comida y clausura ó no de los Establecimientos, con arreglo al artículo 11 de la ley y 13 del Reglamento, cae bajo la jurisdicción de las Juntas locales de Reformas Sociales:

Considerando que, demarcado el campo de aplicación de la ley y de su Reglamento respecto á los dueños de los establecimientos farmacéuticos, interesa ahora determinar el correspondiente al personal empleado en los mismos, rigiendo en este particular los Reales decretos de 3 de Abril y de

# CARBOLAN

Pelrd's C.º, New-York.

Pomada al 6 % de carból puro, antiséptica, antiflogística, antipruriginosa; para heridas, forúnculos, hemorroides, prurito vulvar, quemaduras de primero y segundo grado, etc.

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



21 de Agosto de 1919, que establecen la jornada de ocho horas para toda clase de trabajos, con la excepción de la Real orden de 15 de Enero de 1920 respecto á los auxiliares internos, y siempre atendiendo á la posibilidad de pactar una jornada de diez horas, con retribución extraordinaria permitida por el artículo 10 de la mencionada Real orden de 15 de Enero de 1920:

Considerando que respecto al descanso dominical es aplicable el mismo criterio que en orden á la jornada mercantil, pues exceptuadas las farmacias del cierre en los domingos, cabe la renuncia á la excepción, siempre con la misma salvedad del interés de la salud pública:

Considerando que, por tratarse de un caso de excepción, el artículo 6.º de la ley faculta á los dueños de establecimientos para acordar el régimen de la jornada, claro está que respetando el derecho al descanso de la dependencia, con la obligación de oír, á cuyo precepto se ha sujetado el Colegio Oficial de Farmacéuticos, dando traslado de sus acuerdos á las Asociaciones de Dependientes de Farmacia existentes en Madrid:

Considerando que la Agrupación de ayudantes de Farmacia ha alegado que el acuerdo de los farmacéuticos va contra la ley de la jornada y vulnera las Ordenanzas de Farmacia, y la Unión general de auxiliares de Farmacia manifiesta que no puede oponerse al libre ejercicio de la profesión, y que, aceptándose la jornada mercantil, cada farmacéutico puede establecer los turnos necesarios, de acuerdo con el personal de cada oficina, más por lo que hace á la objeción de la libertad profesional, siendo, sin duda, en extremo recomendable, tiene que ceder en el presente caso á lo puramente potestativo de acogerse ó no los farmacéuticos á la excepción establecida á su favor por la ley, y, en cuanto á las demás objeciones, sabido es el carácter colectivo y uniforme que han de tener los acuerdos del gremio, y que, desde el punto de vista de la dependencia, el cierre nocturno y dominical se ofrece como de mayor garantía para el mejor cumplimiento de la legislación protectora de los mismos:

Considerando que los verdaderos estudiantes de Farmacia, ó sea los que cursan los estudios de Facultad, no pueden ser calificados como obreros ó dependientes, pero que, esto no obstante, la exclusión de dichos estudiantes de la legislación tutelar del obrero pudiera en la práctica determinar dificultades para el cumplimiento de la ley de la Jornada, según expresa en su informe el Instituto de Reformas Sociales:

Considerando que, entrando ya en el contenido de los acuerdos del Gremio ó Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, por el orden mismo de ellos, resulta: 1.º Que la fijación del horario es, según queda dicho, de la incumbencia del Gremio, conforme al art. 6.º de la ley; 2.º Que también es admisible el cierre dominical en calidad de renuncia á la excepción establecida por la ley y el Reglamento respectivos; 3.º Que en el caso de existir turnos de trabajo, han de acomodarse á las prescripciones adecuadas; 4.º Que la división de las farmacias de Madrid en siete grupos, para los turnos de la noche y domingos, responde precisamente á la razón de conveniencia del público interés de la salud; 5.º Que el acuerdo comprendido bajo este número tiende á favorecer al personal y viene impuesto por las exigencias del cumplimiento de la jornada; 6.º Que no procede admitir el acuerdo relativo á los estudiantes, por las razones expuestas en el Considerando respectivo; 7.º Que la prohibición de despacho durante las horas de cierre en las farmacias que no estén de guardia es una consecuencia lógica y natural del carácter colectivo de los acuerdos y el único modo de que sean efectivos; 8.º Que respecto al servicio de guardia, habiendo de existir un límite á la jornada, ésta no puede rebasar del fijado por la ley de 4 de Julio de 1918, con mayor motivo por tratarse de trabajo excepcional:

Vistos la ley de 4 de Julio de 1918, su Reglamento de 16 de Octubre del mismo año, los Reales decretos de 3 de Abril de 1919, Reales órdenes de 6 de Noviembre y de 18 de Diciembre de este año y las dos Reales órdenes de 15 de Enero de 1920 y los informes de la Real Academia de Medicina,

del Real Consejo de Sanidad y del Instituto de Reformas Sociales,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

Primero. Las farmacias se hallan sujetas á la ley de 4 de Julio de 1918 y su Reglamento de 16 de Octubre del mismo año, en calidad de establecimientos exceptuados comprendidos en el núm. 1.º del art. 3.º de dicha ley.

Segundo. Con arreglo á dicha ley, la determinación del régimen de apertura y cierre de farmacias y de distribución de la jornada compete al Gremio ó Colegio de Farmacéuticos de cada población, el cual puede acogerse ó no al régimen de excepción y adoptar los acuerdos que estime convenientes, con carácter colectivo y obligatorio para todo el Gremio de la localidad, dejando siempre á salvo el interés de la salud pública, por el que ha de estimarse condicionada la facultad de acogerse á la excepción, de modo que no quede desatendido ni un momento el servicio farmacéutico.

Tercero. La determinación de si las farmacias han de ser ó no clausuradas durante dos horas de la comida, y, caso afirmativo, la fijación de dichas horas en la localidad, corresponde á la Junta local de Reformas Sociales.

Cuarto. Los auxiliares externos de las farmacias disfrutarán de la jornada de ocho horas, siendo perfectamente lícito que, dentro de los términos de la Real orden de 15 de Enero de 1920, puedan los farmacéuticos convenir con los dependientes de guardia la prórroga ó aumento legal de horas de trabajo en concepto de extraordinario, y á condición de que estas horas, hasta el máximo de diez, sean remuneradas con el recargo ó aumento que fija el artículo 6.º de la misma Real orden.

Quinto. Los auxiliares internos trabajarán diez horas en concepto de jornada mercantil.

Sexto. Los estudiantes propiamente tales, ó sea los que cursan estudios facultativos, que practican en las oficinas de Farmacia, si bien no tienen la calificación legal de dependientes ó auxiliares, no se hallan excluidos del régimen de jornada.

Séptimo. Se aprueban los acuerdos del Colegio Oficial de Farmacéuticos adoptados en Junta de 15 de Abril de 1920, en los siguientes términos:

1.º Acomodándose á las reglas generales contenidas en los números precedentes.

2.º Las horas límites de apertura y cierre de todas las farmacias de Madrid serán de nueve de la mañana á nueve de la noche, excepto los domingos, que se hará á las dos de la tarde, bajo condición expresa de un turno de noche y de domingos, que nunca será inferior á una farmacia abierta por cada siete cerradas, con el conveniente cuadro de distribución por distritos, para el mejor servicio del público, que se comunicará á la Inspección del Trabajo y á la Junta local de Reformas Sociales.

Octavo. Se dará la mayor publicidad á la distribución de los turnos de guardia, tanto nocturnos como dominicales, por todos los medios posibles, y en toda farmacia, en la parte exterior del establecimiento, en sitio visible para el público, se colocará el cuadro de las farmacias á las que corresponda estar de guardia cada día en el distrito.

Noveno. Durante las horas de cierre no podrá despacharse en las farmacias que no estén de guardia, prestándose los turnos de ésta por personal distinto al que haya hecho el servicio de día.

Décimo. Con objeto de no dejar desatendidos los servicios especiales y urgentes, como son los sueros, balones de oxígeno, «trousseaux» etc., el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid establecerá en su local un depósito de todos los materiales de urgencia, para proveer á las farmacias de guardia, al efecto de que en cualquier momento pueda ser atendido cualquier caso imprevisto.

Undécimo. Caso de existir turnos de trabajo, se determinarán teniéndose en cuenta la jornada aplicable, el descanso para la comida, comenzando y terminando á la misma hora en todas las farmacias, y comunicándose á la Junta local de Reformas Sociales y á la Inspección.

Duodécimo. Las infracciones á la presente Real orden

# PEÑACASTILLO

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

Director: **DR. MORALES.** — Santander.



se considerarán infracciones de la ley y del reglamento de la Jornada mercantil, siendo pública la acción para denunciar el incumplimiento de cualquiera de sus preceptos, muy especialmente por tratarse del interés de la salud, por lo que afecta al servicio durante la noche y en domingo.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos oportunos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 6 de Agosto de 1921.—*Sanz y Escartín*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 9 de Abril de 1921.)

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 703,4; ídem mínima, 698,8; temperatura máxima, 25°,6; ídem mínima, 11°,3; vientos dominantes, O. N. NO.

Poco han variado los afectos agudos en la última semana, disminuyendo los catarros de los órganos respiratorios y continuando en la misma proporción las infecciones intestinales febriles. La mortalidad no ha aumentado y en los niños siguen determinándose en mayor proporción las diarreas infantiles.

## Crónicas.

**Consultas públicas.**—Resumen de los servicios prestados por el Gabinete Médico de Socorro del barrio de Salamanca durante el pasado mes de Julio:

En consulta pública, 576; á domicilio y en el gabinete, 138; enfermedades de los niños, 110; ídem de garganta, nariz y oídos, 102; ídem de piel, venéreo y sífilis, 38; ídem de corazón y pulmón, 87; ídem de estómago é intestinos, 99; ídem de matriz y embarazo, 55; ídem de los ojos, 60; ídem de cirugía general, 73; ídem de boca y dientes, 192; casos judiciales 6, y vacunados, 12. Total, 1.548

**Baños para los niños.**—La primera casa de higiene benéfica infantil, Esgrima, 2, fundada hace tres años por el Comité Femenino de Higiene Popular, de Madrid, pone en conocimiento de las numerosas familias que solicitan los abonos á diario para prodigar los baños duchas á placer en esta Casa, cuyas dimensiones son harto reducidas para atender á los centenares de niños que acuden en demanda de los distintos servicios de higiene que se les dedica por el personal sanitario, que deberán solicitar estos abonos con ocho días de anticipación, y que por lo mismo la Junta de damas se ve precisada á prorrogar hasta el 20 del mes de Septiembre la adquisición de estos abonos en vez del 31 del corriente, como se acordó en un principio.

Los demás servicios de higiene que, como es sabido, comprenden baños de aseo, de pies, lavado de cabeza, corte de pelo é higiene de la boca, continúan diariamente los días laborables, de ocho de la mañana á ocho de la noche, todo el año.

Es de esperar que, tanto el Estado como todas las entidades que se dedican á proteger á la infancia, se fijen en la obra de higiene que se lleva á la práctica en esta Casa y cooperen á ampliarla para que estas beneméritas damas, dedicadas á prevenir en el niño las enfermedades, lo que quiere decir que prevenir es curar, puedan extender más y más sus beneficios á la nueva raza.

**La fiesta de la bandera en Gijón.**—Muchas han sido las fiestas que se han organizado durante los últimos días en casi todas las poblaciones españolas para recaudar fondos con que aumentar los destinados por el Estado al cuidado y bienestar posible de los soldados que luchan al otro lado del Estrecho para vengar la afrenta que los riferos han inferido al honor de España.

En Gijón y por análogos procedimientos á los empleados en las Fiestas de la Flor, se recaudaron en la mañana del día 15 del corriente unas seis mil pesetas, y por iniciativa de

la bellísima señorita de Velázquez, por la tarde en el chalet del Club de Regatas, se celebró una fiesta en la que por la venta de papeletas para la rifa de una moneda de oro, recogida por la mañana, se llegó á redondear la cifra de diez mil pesetas.

El éxito no ha podido ser mayor si se tiene en cuenta que el tiempo empleado durante todo el día en la cuestación no pasó de tres horas.

**Para las posesiones del Golfo de Guinea.**—La *Gaceta* del 11 de Agosto publica la siguiente disposición del Ministerio de Estado:

*Subsecretaría.*—*Sección colonial.*—Terminado el concurso publicado en la *Gaceta de Madrid* de fecha 9 de Julio próximo pasado, para proveer tres plazas de médico, vacantes en los servicios sanitarios de los territorios españoles del Golfo de Guinea, han sido nombrados: D. Francisco Rodríguez de Terrazas para ocupar la plaza de médico director del Hospital de Bata, dotada con 3.500 pesetas de sueldo y 7.000 de sobresueldo, y D. Joaquín Bardají Buitrago para ocupar una de las plazas de la Estación sanitaria, dotada con 3.000 pesetas de sueldo y 6.000 de sobresueldo, declarando desierta la otra vacante.

Lo que se hace público para conocimiento general.

Madrid, 9 de Agosto de 1921.—El subsecretario, *E. de Palacios*.

**Los alumnos de Medicina proponen la formación de un voluntariado.**—Firmado por varios estudiantes de la Facultad de Medicina de Salamanca, se ha recibido por la prensa un escrito en el que se propone la formación de un voluntariado médico, que se reclutaría entre los alumnos de la carrera. Para que no se les perjudicase el curso de los estudios, preguntan á los ministros si se podría formar este voluntariado por tiempo reducido, aun cuando se retrasase por uno ó dos meses la apertura de las aulas de Medicina, y si se podría reconocer á los voluntarios el tiempo de permanencia en el servicio como tales cuando el día de mañana ingresen oficialmente en filas como de cuota ó como simples soldados.

Si se resuelven favorablemente estos extremos, los alumnos se ofrecen para servir en Marruecos á las órdenes de los oficiales de Sanidad.

**La encefalitis en Suecia.**—Comunican de Berlín que según una Memoria del ministro de Sanidad sueco, la encefalitis letárgica ha causado en el primer semestre del presente año 1.475 víctimas que fueron atacadas de dicha enfermedad, especialmente en el campo.

**Necrología.**—En las Minas de la Esperanza (Huelva) donde había ido á pasar una temporada alejado de sus trabajos, ha fallecido nuestro compañero el Dr. D. Miguel Gil Rodríguez.

Era el Dr. Gil director de la *Gaceta Médico Asturiana*, infatigable trabajador y escritor premiado con la placa de Alfonso XIII por los servicios prestados como médico jefe de la Cruz Roja de Gijón en la última epidemia tífica acaecida en dicho punto, y muy querido y admirado por sus compañeros.

Al profundo dolor que su hijo el Dr. Gil Manteca sentirá y al de los compañeros que tanto lo apreciaban, unimos con no menos sinceridad al nuestro.

**Campaña contra el tifo.**—El cirujano general de Sanidad pública de los Estados Unidos ha dado instrucciones para extender la campaña contra la importación del tifo de que está infectada la Europa Central. Todos los emigrantes procedentes de los puertos del continente británico, y lo mismo los demás pasajeros que intenten desembarcar en los Estados Unidos, serán previamente sometidos á inspección.

**Nuevo hospital naval en San Diego.**—La construcción de un espacioso hospital en San Diego (California), que asciende á \$ 1.975.000, ha sido proyectada por el Departamento Médico de la Armada. El actual hospital provisional es deficiente y no tiene cabida para más de 400 pacientes. Las autoridades médicas confían en que los planos conforme á los

# LA DIABETES

## Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL

## VINO URANADO PESQUI

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

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



que se llevará á cabo la construcción del espacioso y moderno edificio, contendrán alojamientos cómodos y suficientes para todos los enfermos y lisiados operados que hayan pertenecido á los escampavías, submarinos, estaciones aéreas, cuarteles de marina y todo lo que forme parte del establecimiento naval de San Diego. Esta ciudad ha ofrecido regalar el terreno para el nuevo hospital.

**Edificio con oficinas para médicos.**—Ha sido adquirida por 1.000.000 de pesetas la casa residencia Herter, sita al Sureste y haciendo esquina con la avenida Madison y la calle Seventieth de la ciudad de New York. Cuatro ó cinco pisos se destinarán exclusivamente á consultorios para médicos y cirujanos.

**Donativo para la Universidad de New York.**—La Fundación Rockefeller anuncia un donativo de \$ 35.000 para la Universidad de New York, con el objeto de aumentar las facilidades para la enseñanza de la medicina preventiva, higiene y prácticas sanitarias en la University and Bellevue Hospital Medical College.

**Asamblea sobre Sanidad pública.**—La quincuagésima reunión anual de la American Public Health Association, se celebrará en New York durante los días 14 á 18 de Noviembre de 1921. Otras diversas funciones son planeadas por la Asociación en conexión con su quincuagésima reunión.

**La viruela en el extranjero.**—La viruela que prevaleció más ó menos en diferentes partes de Ontario, Canadá, ha disminuído mucho últimamente. En Junio de 1920 hubo 362 casos, mientras que en Junio del presente año sólo han sido 176.

Se ha producido en varias regiones del Estado de Illinois brotes agudos de viruela, en los últimos meses. En algunos casos la epidemia alcanzó proporciones alarmantes debido á que en los primeros momentos se diagnosticaron como varicela y por tanto no se recurrió á la vacunación. Los oficiales de sanidad de los distritos, del departamento de Sanidad del Estado recibieron órdenes de investigar el asunto de la viruela en Gray's Lake, Dupo, Illinois, City, Ottawa y Harvard. En la mayoría de estos lugares se nombraron oficiales de cuarentena y se ha podido dominar esta epidemia inmediatamente, por los reglamentos de vacunación general y cuarentena rígida.

**Avance estadístico de la población de España.**—La prensa diaria ha publicado algunos datos relacionados con el censo de población de España en el último decenio cuya comprobación se realiza y está próxima á finalizar.

Aunque los resultados definitivos no se han publicado oficialmente, los avances de población y los resultados de la comprobación sobre el terreno permiten augurar una población muy cercana á los 21,5 millones de habitantes, lo que supone un aumento nominal, con respecto al censo de 1910, de cerca de millón y medio de habitantes.

Se dice que este aumento es nominal porque el efectivo es mayor, si se tiene en cuenta que el balance emigratorio en los referidos diez años acusa un exceso de 264.000 emigrantes sobre los inmigrantes, lo que constituye, indudablemente, una pérdida considerable de población.

El Censo realizado por el Ayuntamiento de Madrid arrojó un avance de 671.000 habitantes, y considerado defectuoso, se dispuso una comprobación por personal técnico, que la está llevando á efecto, esperándose que la cifra definitiva oscile alrededor de los 750.000 habitantes.

**Local para sanatorio.**—Por Real decreto del Ministerio de Hacienda, publicado en la *Gaceta* del 21 del actual, se autoriza al Ministerio de la Gobernación para que adquiera la finca sita en Tablada, término de Guadarrama (Madrid), lindando con la carretera de La Coruña y el apeadero del Ferrocarril del Norte, para continuar la construcción de un Sanatorio antituberculoso, capaz para cien plazas, por el precio de 197.000 pesetas.

**Servicio de Higiene y Profilaxis de la prostitución.**—Han finalizado las oposiciones para médicos adscritos al servicio de Higiene y Profilaxis de la prostitución; el tribunal ha hecho la propuesta á favor de los señores siguientes:

Número 1, Dr. D. Julio Bejarano; 2, Dr. D. José Fernández de la Portilla; 3, Dr. D. Ricardo Bertoloty; 4, Dr. D. Antonio Cordero; 5, Dr. D. Julio Bravo; 6, Dr. D. Julián Sanz de Grado; 7, Dr. D. Fernando Castelo.

El mismo tribunal, y en las mismas oposiciones, ha propuesto asimismo para bacteriólogos adscritos al citado servicio:

Número 1, Dr. D. Nicolás Calvín; 2, Dr. D. Lorenzo Ruiz de Arcante.

**LIBROS** de medicina franceses, se mandan rápidamente á toda España. Ventas en francos. Catálogos, bibliografías de cada especialidad. Dirigirse á la librería Internacional, Churruca, 6, San Sebastián.

**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; á granel, por kilos. Único preparador en España: DOCTOR GIRAL, catedrático y académico, Atocha, 35, Teléfono M. 33, Madrid, farmacia y laboratorio de análisis del doctor Giral.

### SUERO ANTINEURASTÉNICO García Suárez.

En todos los casos de enfermedades consuntivas ó agotamiento de energías mentales ó corporales sus resultados son sorprendentes. Se preparan en ampollas de 1, 2 y 5 c. c.



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, número 4, Madrid.

### SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con

CREOSOTAL

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarrros 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 - Leona 74  
BARCELONA

**GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE**

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para  
EL SIGLO MEDICO.

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