

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSÉ FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
J. CODINA CASTELLVÍ Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
		J. SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
		J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
		F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
		R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
	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: Reconocimiento del bacilo de Koch en las orinas, por el Dr. M. Maestre Ibáñez.—El tracoma en la provincia de Almería, sus causas y sus remedios, por el Dr. Manuel Marín Amat.—Obsesión musical nocturna, por el Dr. Víctor Ribón.—Estudio de las lesiones de la sífilis de aspecto especial clínico, por el Dr. Sicilia.—Periódicos médicos.—Índice de «El libro de la Peste», de Luis Mercado.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Sobre el retrato de Luis Mercado, por Francisco Javier Sánchez Cantón.—Información médica, por G. Marañón.—La Cruz Roja y la guerra, por el Dr. Martín Salazar.—Comunicación.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación: Inspección General de Sanidad.—Ministerio de la Guerra.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vocantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Reconocimiento del bacilo de Koch en las orinas

POR EL

DR. M. MAESTRE IBÁÑEZ

Era ya conocida la tuberculosis renal, y no obstante, fueron varios los que sostuvieron que no contenían el bacilo de Koch las orinas de estos enfermos, hasta que en el año 1897 demostró Albarrán la presencia de aquél en las orinas de tuberculosos renales, hecho que á partir de aquella fecha fué confirmado por diferentes bacteriólogos, llegando hoy á ser el reconocimiento del bacilo de Koch en las orinas el primer dato clínico á que siempre se acude, cuando se trata de diagnosticar tal enfermedad, y habiéndose conseguido, con la aplicación de la citoscopia á este examen, obtener directa y separadamente, mediante cateterismo, la orina de cada riñón ó la de uno de éstos y la vertida por el otro en la vejiga. Por este procedimiento se llega con toda seguridad á reconocer cuál es el riñón enfermo, ó si se trata de una tuberculosis renal ó vesical.

Este es, en efecto, uno de los problemas que se presentan con relativa frecuencia en los laboratorios de análisis, con tanto más motivo, cuanto que se sabe ya hoy que la tuberculosis renal es más frecuente de lo que antes se creía, puesto que, en la mayoría de los casos, se la confundía con una de las diversas nefritis, sin reconocerle su verdadero origen bacteriano. Basta lo dicho

para que quede demostrada la conveniencia de tratar de reconocer el bacilo de Koch en las orinas, no solamente en aquellos casos que exigen este examen especial, sino siempre también que, por los caracteres químicos ó microscópicos, se sospeche que puedan contenerlo.

Procederemos, por ejemplo, á este examen cuando la orina tenga reacción marcadamente ácida y contenga su sedimento gran cantidad de pus, y con tanto más motivo si éste es aparentemente séptico, puesto que por punto general, todo proceso supurativo cuyo origen no sea una lesión tuberculosa del aparato urinario, va acompañado de eliminación de orinas más ó menos alcalinas y siempre con gran abundancia de bacterias. Además, los glóbulos de pus observados en las orinas de tuberculosos renales, están deformados, son irregulares sus contornos, hay degeneración protoplásmica en muchos de ellos, y se colorean difícilmente sus núcleos, mientras que, por el contrario, en las demás piurias son perfectamente redondos los leucocitos y quedan muy bien coloreados sus núcleos por cualquiera de los métodos usuales.

Es opinión muy generalizada la de que el examen directo del sedimento da resultados negativos en la mayoría de los casos y que únicamente inoculando á cobayas dicho sedimento es posible descubrir con toda seguridad el bacilo de Koch.

Nos ha demostrado la práctica que no es tan difi-

cil, como creen algunos, reconocer éste por examen directo del sedimento urinario, pues de cada cien casos de orinas en las que hemos reconocido la existencia del bacilo tuberculoso, lo conseguimos por este método en ochenta y dos, y únicamente hubo necesidad de recurrir á la inoculación en los restantes.

La técnica que seguimos en aquellos casos es la siguiente: se deja sedimentar la orina durante unas doce horas y, transcurridas éstas, se decanta hasta que queden unos 100 centímetros cúbicos de orina y sedimento depositado. Se llenan con ellos los tubos de la centrifugadora, se centrifuga, se decanta la orina centrifugada, se añade al sedimento así obtenido nueva cantidad de orina, que se centrifuga nuevamente, y se repite esta operación las veces que sean necesarias hasta centrifugar los 100 centímetros cúbicos de orina que separamos primeramente.

En aquellos casos en que las orinas sean muy purulentas, ó que exceda de 2 gramos por 1.000 la cantidad de albúmina, que contengan glucosa, ó en fin, que el sedimento esté formado en gran parte por cristales de ácido úrico ó uratos, es necesario diluir el contenido de los dos tubos con unos 10 centímetros cúbicos de agua alcalinizada con sosa (para cada 10 centímetros cúbicos de agua, se adicionan 6 ú 8 gotas de lejía de sosa de 36° B.); se vierten en una capsulita, se hierven durante unos diez minutos, se dejan enfriar, se centrifuga nuevamente, y se decanta el agua. De este sedimento, se depositan 2 gotas en cada dos ó tres porta-objetos, se calientan á baja temperatura hasta desecar, y se depositan nuevamente en cada uno de ellos más cantidad de sedimento; se deseca y repite la operación tres ó cuatro veces; seguidamente se fija la preparación con alcohol-éter, y se colorea por el método Ziehl-Neelsen.

De este modo conseguimos eliminar aquellas sustancias que puedan dificultar las preparaciones ó la observación de éstas en el microscopio, pues el ácido úrico, uratos y glucosa, facilitan que la porción del sedimento fijada en el porta-objetos sea arrastrada por los líquidos empleados en hacer la preparación, y el pus ó un exceso de albúmina dan lugar á la formación de una gruesa capa y en ocasiones con numerosos grumos que hacen difícil la observación microscópica.

Esto no obstante, si la cantidad de albúmina es menor de la expuesta, no será necesario hacer dicho lavado y homogenización del sedimento. En este caso será más conveniente hacer las preparaciones con el sedimento sin diluirlo, pues una pequeña cantidad de albúmina facilita siempre el que quede adherido al porta-objetos y que no se desprenda al lavar la preparación. Por último, en aquellos casos en que nos sea difícil fijar el sedimento en el porta-objetos, deberemos diluir aquel con una disolución *muy débil* de clara de huevo.

En resumen, siguiendo esta técnica operatoria conseguimos, en primer lugar, reunir por sedimentación y centrifugación, la mayor cantidad de sedimento en el menor volumen y poner, después, este sedimento mismo en condiciones de que pueda depositarse mayor cantidad de él en una misma preparación, pues de otro

modo habría que distribuirlo entre cuatro ó cinco, con lo cual nos colocamos en condiciones más favorables para reconocer el bacilo de Koch.

Tanto en este caso como en aquellos en que se nos pida especialmente este examen, es conveniente recomendar que las orinas remitidas al laboratorio lo sean en las condiciones más favorables para evitar que se descompongan, y aun después, ya en el laboratorio, tener también esta precaución, pues siendo aquellas un excelente medio de cultivo, dados los componentes suyos y, de preferencia, los nitrogenados y fosfatados, fácilmente se desarrollan en las mismas gran número de especies bacterianas que después dificultan el examen microscópico de las preparaciones.

EL TRACOMA EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA SUS CAUSAS Y SUS REMEDIOS (1)

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

Oculista del Hospital Provincial, académico corresponsal y premio Salgado de la Real Academia Nacional de Medicina.

REMEDIOS A EMPLEAR CONTRA EL TRACOMA EN NUESTRA PROVINCIA

Dos son los procedimientos indispensables para que la lucha contra el tracoma resulte eficaz: *curar los granulados existentes y evitar el contagio de los demás.*

Mas esta concepción tan sencilla de expresar, cuenta con grandes dificultades en la práctica, puesto que en absoluto y de momento, ni pueden curarse todos los tracomatosis, ni evitarse totalmente el contagio como sería el bello ideal de la Higiene y del interés patrio, puesto que la curación del número tan extraordinario de tracomatosis existente en la actualidad en nuestra provincia, necesita de varios años de existencia médica; sin contar que hay casos verdaderamente incurables, más que por su gravedad, por el medio de suciedad y de miseria en que se desenvuelven; que necesitarían forzosamente de un cambio radical en el género de vida de los atacados, lo que ya de por sí complica el problema. Otro tanto puede decirse de la profilaxis del tracoma en un país falto de agua y de escasa ilustración en la clase pobre, como es el nuestro.

Sin embargo, es sabido que las grandes empresas humanas, y la lucha contra el tracoma es una de ellas, no son obra de semanas, sino de varias generaciones, y no por eso se desmaya ante la magnitud de las mismas, puesto que lo que una no consigue, la siguiente logra ver realizado; máxime cuando en ésta los beneficios se tocan desde los primeros momentos. Sirva de ejemplo el Egipto, que en fecha reciente, 1918, el número de ciegos de uno ó de ambos ojos ascendía al 14 por 100 de los consultantes oftálmicos, y cada día los resultados son más satisfactorios.

Compréndese que aquí, en una primera etapa, se lograría curar los menos graves, á la vez que ilustrar á las gentes en los medios de evitar el contagio, para des-

(1) Véase el número anterior.

pués mejorar los incurables y educarlos en las prácticas de higiene necesarias para evitar la propagación de su enfermedad.

La realización práctica de esta grandiosa obra social necesita imprescindiblemente de la acción mancomunada de los Poderes públicos y de la Medicina, sin cuyo mutuo auxilio nada se conseguiría.

Analícemos la parte que á cada uno corresponde.

Es la misión tutelar del Estado velar por la vida y la salud de sus súbditos, tanto por la paternal protección que le dispensa, cuanto por la obtención de una patria grande, sana y fuerte; y el tracoma es una de las enfermedades que más energías restan á la nación, á la vez de las que más gravan la Beneficencia pública.

Pero si grandes son los dispendios que ocasiona á la patria el defenderse de los hombres, no menos ha de realizarlos si quiere preservarse de las enfermedades evitables. Ya saben los países más adelantados del mundo lo caro que cuesta la Higiene, si bien se compensa con creces ante la sublime estimación de la salud, la más preciada Joya de la Humanidad. Y por lo que respecta al tracoma, recuérdese que Egipto comenzó (1903) la lucha que aún continúa contra esta afección, con la respetable cantidad de 41.000 libras esterlinas, donadas para este fin por el filántropo inglés Sir Cassels, y que actualmente gasta en el sostenimiento de esta campaña 32.000 libras esterlinas al año; que Hungría ha empleado algunos años con igual destino, coronas 340.000; que Prusia ha gastado durante años consecutivos la dotación de 350.000 marcos, para hacer desaparecer el foco tracomatoso existente en su parte oriental, y que Rusia ha sostenido desde 1893 gran número de columnas sanitarias volantes (ascendieron á 36, en 1899, con un personal de 135 individuos), y ha creado y subvencionado hospitales, para curar á los tracomatosos.

Por tanto, la participación del Estado en la lucha contra el tracoma en nuestra provincia lleva consigo grandes sacrificios económicos, aunque también puede hacer mucho con una sabia y previsora legislación, siendo condición indispensable la persistencia en la campaña, que había de ser muchos años consecutiva.

Por lo que respecta á la cuestión económica, no consiste el secreto en gastar mucho, sino en saberlo gastar; más se consigue con pequeñas cantidades por mucho tiempo repetidas, que con enormes sumas gastadas de momento.

A nuestro juicio, de dos maneras hay que emplear las cantidades que se presupuesten: una, la más importante, se debe destinar á la curación de los granulosos, y la otra á aumentar la ilustración del país, tanto en el aspecto general, cuanto en el conocimiento de la higiene. Además, el Estado debiera preocuparse en ésta, como en todas las provincias pobres, de fomentar las fuentes de riqueza del país, principal motivo de bienestar y de la salud de la raza; y por lo que al caso especial se refiere, es de recomendar la repoblación forestal de nuestros montes, la perforación de pozos artesianos y la dotación de agua á las poblaciones; esto último con el concurso de los Municipios.

La cantidad que se destine á la curación de los tracomatosos no debe gastarse á ciegas y á locas, que no sólo no daría resultado y desacreditaría el procedimiento, sino que tal vez produjese efectos contraproducentes, puesto que los enfermos perderían la fe científica y no se someterían á tratamiento.

Es muy corriente en nuestro país la creación de Dispensarios y Consultorios para prestar asistencia médica á los indigentes y que seguramente prestan reales servicios en otro orden de afecciones; pero por lo que se refiere al tracoma, una larga experiencia personal me ha hecho ver la ineficacia del procedimiento. En primer lugar, los tracomatosos pertenecen siempre á la clase más pobre de la sociedad y en sus viviendas no pueden disponer de la limpieza indispensable para coadyuvar á la Terapéutica; y si á esto se agrega, lo que es frecuente, que el jefe de familia es el tracomatoso, entonces á la vez que medicación, hay que facilitar alimentación. En segundo lugar, en las consultas numerosas de este género, el tratamiento se reduce al empleo de colirios *más ó menos asépticos* y que se ponen *más ó menos en contacto* con la conjuntiva. ¡Pretender curar de este modo las granulaciones es desconocer la realidad de las cosas! Muchos asiduos asistentes á estas consultas, que llevan *algunos años de tratamiento*, encuentran... mejoría.

Sin embargo, no debe, ni puede prescindirse de estos dispensarios, sino seleccionar los que en ellos deban tratarse los casos benignos y los que puedan disponer en su domicilio de alguna limpieza. Además, pueden servir para reclutar los que deban hospitalizarse, para ilustrar á los enfermos en los conocimientos de higiene útiles á su dolencia y á no propagar su enfermedad á los que le rodean y para el tratamiento de las conjuntivitis agudas muy frecuentes en la gente pobre, sufran ó no de tracoma. En los pueblos pequeños será únicamente lo que pueda ponerse en práctica. Ahora bien, es muy de recomendar que en ellos se practique la más rigurosa asepsia, especialmente en las manos y en los elementos de cura; *primo non nocere*.

El verdadero sitio de tratar á los tracomatosos pobres (casi todos lo son) es el Hospital, donde no sólo encuentran asistencia facultativa, sino alimentación y limpieza. Los resultados en él son reales, tangibles, y se puede realizar una labor intensiva estando bien dotado y con el número suficiente de camas, para atender á la enorme cifra de tracomatosos, ó de sus múltiples complicaciones, que en esta provincia existen.

El servicio oftalmológico del Hospital provincial á nuestro cargo, que es el de última creación en aquel establecimiento, es insuficiente para atender á las necesidades de la provincia; y por otra parte, la excelentísima Diputación provincial es impotente para montar, según necesidad, dicho servicio, porque á buen seguro que le duplicaría su ya elevado presupuesto.

Por tanto, el Estado, de intervenir cumplidamente en esta manifestación de Sanidad pública, debiera, á imitación de Egipto (1), crear un hospital oftálmico en

(1) 13 hospitales oftálmicos existen en aquel país.

esta provincia, emplazado en la capital, donde los tracomatosos fuesen debidamente asistidos y donde los hombres de ciencia estudiasen el modo de hacer desaparecer definitivamente tan funesta plaga social.

Para atender á las necesidades actuales, convendría un hospital con cien camas, repartidas en cuatro salas (hombres, mujeres, niños y niñas), con sala de operaciones, sala de curas, consultorio y laboratorio; mas el personal competente necesario para tal empresa.

El otro motivo de dispendio (si bien más pequeño), que el Estado tiene que realizar para la lucha contra el tracoma, ya hemos dicho que consiste en fomentar la ilustración de la provincia, tanto desde el punto general, cuanto lo concerniente á la enseñanza popular de la higiene, tan útil al individuo y á la raza y tan desatendida en nuestra Patria.

Por lo que se refiere á la cultura general, el aumentar el número de escuelas, pero especialmente de dotar bien las existentes y en hacer cumplir á los maestros, á los padres y á las autoridades con su deber, sería todo lo que habría que hacer.

Y por lo que respecta á la enseñanza de la higiene, suscribimos en un todo lo expuesto por el sabio inspector general de Sanidad, el Excmo. Sr. D. Manuel Martín Salazar, en el magnífico prólogo que tiene puesto en nuestra monografía *Tracoma*, que reproducimos íntegro por no haber palabras ni ideas que mejor lo expresen:

«De entre todas las enfermedades contagiosas es el tracoma quizás aquella en que la higiene individual puede ejercer una influencia más eficaz para prevenir los contagios; y de aquí que el primer deber de la Sanidad pública sea el de divulgar el conocimiento de esta enfermedad y los medios de evitar su propagación. Mas ¿por dónde debe comenzar esta propaganda? Por la escuela. No se comprende, sino por una cierta inversión absurda que padecemos sobre los positivos valores de las cosas, que se enseñe á los niños en las escuelas una porción de materias de dudosa utilidad práctica en la vida, y que no se les haga siquiera mención de los medios más sencillos para preservarse de las enfermedades más comunes, y para conservar y fortalecer su vida misma; cuando en realidad de verdad, estas nociones son las que podrían rendirles á los niños mayores beneficios durante toda su existencia, así para ellos mismos, como para sus familias.»

«La enseñanza popular de la higiene debiera comenzar en la escuela normal y seguir inmediatamente en la escuela primaria. Y esa enseñanza debería practicarse por los maestros, con el mismo fervor y entusiasmo con que se enseña á los niños, por ejemplo, la religión; ya que si ésta es la verdadera profilaxis del alma, la higiene podríamos decir es como la religión del cuerpo. En las poblaciones pequeñas, que son en España tan numerosas, y en donde viven las gentes más humildes é ignorantes, los grandes apóstoles de esta propaganda de los preceptos higiénicos, debieran ser el médico titular, el maestro y el cura.»

«Ya una vez, con motivo de cierta campaña sanitaria contra la mortalidad infantil, solicité yo, ejerciendo

de presidente accidental del Consejo Superior de Protección á la Infancia, y con ocasión de dar posesión de vocal nato de dicho Consejo al actual señor obispo de Madrid-Alcalá, la colaboración de éste en la propaganda popular contra las causas que determinan la excesiva mortalidad de los niños; y este ilustre prelado, convencido de lo justo y humanitario de mi demanda, me prometió que daría orden á todos los párrocos de su diócesis, para que consagrasen una parte de sus pláticas dominicales á la propaganda de preceptos higiénicos entre sus feligreses, con el fin de evitar la propagación de ciertas enfermedades fáciles de precaver, con la sola práctica de algunos sencillos consejos sanitarios. Al mismo tiempo solicité y obtuve del bondadoso prelado la promesa de que modificara en este sentido el plan de enseñanza de sus propios seminarios, con objeto de proporcionar á los sacerdotes que en ellos estudian, aquel orden de conocimientos elementales relacionados con la higiene pública, que son absolutamente precisos para ejercer con fruto esta misión vulgarizadora de los preceptos sanitarios, tan útiles á la conservación de la salud y la vida de las gentes. Así debieran proceder todos los obispos. ¿Qué misión más simpática puede ejercer el cura párroco de un pueblo en su alto sacerdocio espiritual de practicar el bien y la caridad, que contribuir con el médico y el maestro de escuela á enseñar á las gentes humildes é ignorantes de su feligresía los medios fáciles de luchar contra la enfermedad y la muerte?»

«Pero es sobre todo el maestro á quien corresponde el principal papel en esta noble tarea. El maestro como pedagogo, como educador de la niñez, debe conocer los medios fáciles de evitar la propagación de las enfermedades contagiosas en la escuela, y considerar como uno de los aspectos más interesantes de su alta misión la de inculcar estos conocimientos útiles en el cerebro de los niños, para que sepan defender su salud y su vida contra las causas más comunes de enfermedad. Este maestro, entendido en tales materias de higiene, resultaría además el colaborador inteligente y preciso de la inspección médicoescolar, ejercida por los médicos; la cual, practicada por éstos como hoy se intenta sin la cooperación del maestro, resultará siempre de muy dudosa eficacia.»

Además, es conveniente la creación de escuelas primarias para los granulosos en las poblaciones grandes de la provincia, y el establecer locales especiales dentro de las mismas escuelas en las poblaciones pequeñas, adonde concurrieran los tracomatosos, no sólo á ilustrarse, sino á ser tratados por los médicos escolares, que tendrían además la misión de dar explicaciones á los alumnos sobre higiene, y en especial en lo que se relaciona contra el tracoma. Esta conducta se sigue en Alemania con magníficos resultados, porque es fácil sostener el tratamiento durante toda la vida escolar de los alumnos.

La otra manera de intervenir el Estado en la lucha contra el tracoma, en nuestro país, hemos indicado que consiste en una sabia y previsora legislación.

Algo han hecho ya nuestros Gobiernos en este sen-

tido, pero aún resulta insuficiente y hasta hay necesidad de rectificar algunos extremos.

He aquí nuestro criterio, expuesto con motivo de mi designación (en unión del Dr. Menacho) para redactar en la Asamblea Oftalmológica de Granada (Septiembre de 1920) la parte correspondiente al Tracoma en el Ejército, con motivo de la comunicación presentada por el profesor Blanco (de Valencia), sobre profilaxis del tracoma:

«La actual ley de Reclutamiento del Ejército, que exime del servicio de las armas á los individuos que padecen *tracoma* en uno ó en ambos ojos (núm. 92, orden 8.ª, clase 2.ª) y que evidentemente está inspirada en el respeto y conmiseración que los enfermos merecen, á la vez que en un elemental principio de higiene pública, produce en ocasiones resultados inversos de los que trata de conseguir, puesto que hay familias que cultivan el *tracoma*, ó al menos no ponen en curación á los allegados que lo padecen, para burlar de este modo tan sagrado tributo á la patria; resultando algo así como el premio á la suciedad, abandono é ignorancia, y á la conservación de manantiales de contagio que tanto interesa extinguir.»

«Por todas estas razones, y ante la imposibilidad de imponer correctivos, haciéndoles servir doble tiempo, ó en Marruecos, en regimientos y cuarteles especiales, donde á la vez se les tratase el tracoma, porque resultaría cruel y ocasionaría grandes dispendios al Tesoro, el que suscribe estima que los Poderes públicos disponen de medios indirectos para evitar estos abusos, sirviendo al mismo tiempo los grandes intereses de la Patria y de la higiene.»

«Mas, como estos remedios resultarían ineficaces, si no se les desvirtúan, al menos en apariencia, de la finalidad que se persigue, es por ello por lo que debe iniciarse esta campaña lo más lejos posible de la edad militar, para que el éxito sea más seguro. Los medios á emplear serían»:

«1.º Comenzar por las escuelas primarias, en las que debe ser un hecho la inspección médica escolar, no al objeto de impedir el acceso de los granulosos, como ahora suele hacerse, y que es tanto como aumentar el analfabetismo, sino creando escuelas para granulosos, ó departamentos especiales dentro de ellas, cuando otra cosa no pueda hacerse, donde los niños, a la vez que ilustración, recibiesen asistencia oftalmológica, procurando obtener la curación de los enfermos en la edad escolar.»

«2.º Prohibir el ingreso en los institutos, escuelas normales y especiales, academias, universidades y en todos los cuerpos y centros dependientes del Estado, Provincia, Municipio, Ferrocarriles, Banco de España, Tabacalera, etc., de los sujetos afectos de tracoma.»

«3.º Disponer que las Compañías de Seguros no consideren á los tracomatosos como sujetos sanos, sino como verdaderos enfermos, á los efectos correspondientes.»

«4.º Legislar igualmente, que en las entidades y particulares, y fundándose en motivos de higiene, no den colocación á los sujetos tracomatosos.»

«Y al objeto del mejor cumplimiento de estos recursos, toda documentación personal para los efectos mencionados, deberá acompañarse de la correspondiente certificación de no padecer tracoma, expedida por un médico ú oculista de profesión, con el visto bueno del subdelegado de Medicina ó del Colegio Médico.»

Al Gobierno compete también:

1.º El dictar leyes protectoras de la salud del obrero y en especial del aparato de la visión, en fábricas, talleres, canteras, minas, etc.

2.º El impedir que los enfermos portadores del tracoma vivan en común en todos los establecimientos públicos.

3.º Hacer cumplir lo ya legislado de dar parte y estadística mensual sanitaria de los casos de tracoma que se presenten y formar el mapa de la diseminación de esta afección en España, ya hecho en esta provincia por nosotros.

4.º El hacer cumplir á los Ayuntamientos las Ordenanzas municipales relativas á la limpieza de las calles, posadas, pozos negros, alcantarillas, etc.; tanto para evitar las inmundicias que el aire pueda arrastrar, cuanto á la evitación de las moscas, factores importantes en la transmisión del tracoma.

5.º La impresión y difusión de cartillas sanitarias con preceptos higiénicos, concernientes á la evitación del tracoma, poniendo al mismo tiempo de relieve sus grandes peligros; así como de carteles murales en las Escuelas, Centros de Enseñanza y Establecimientos públicos, parecidos a los que existen contra la tuberculosis y el alcoholismo.

Expuesta ya la parte que, á nuestro modo de ver, corresponde al Estado, en la cruzada contra el tracoma, indiquemos ahora el papel que á la Medicina le está encomendado. Este es también de un doble valor: *curativo y profiláxico*.

La curabilidad del tracoma es asunto que siempre ha preocupado al vulgo, que lo ha mirado con cierto pesimismo, el cual se ha extendido á muchos médicos y no pocos oculistas; y es, que la natural intuición de las gentes, adelantándose en ocasiones á los conocimientos de la ciencia, no ha sido en este particular bien encauzada. Ellas han observado que los vagabundos, mendigos y menesterosos, conservan á perpetuidad su tracoma, á despecho de la asistencia en los consultorios y de largas permanencias en los hospitales; y han partido de este hecho particular de observación, para generalizar y deducir falsas consecuencias.

Ya hemos expuesto en el curso de este modesto trabajo, que efectivamente en esta clase especial de enfermos, todos los tratamientos fracasan, siendo imprescindible para obtener la curación, el cambio radical de medio y de hábitos higiénicos; factores imposibles de realizar en la práctica. Pero aparte de estos casos verdaderamente incurables, porque sólo se ataca la enfermedad ocular y persisten la *cósmica y espiritual*, que constantemente realizan nuevos contagios; los demás casos, los que pudiéramos llamar de *tracoma corriente* son perfectamente curables, con un tratamiento convenientemente dirigido.

Por tanto, podemos decir de un modo absoluto, que el *tracoma es una afección curable* y que los tracomatosis son: *unos curables* (los que tienen hábitos de limpieza) y *otros incurables* (los que desconocen la higiene). Y esta importancia fundamental de la higiene trasciende hasta la práctica personal del oculista, quien necesita para curar tracomatosis, quizá más de esta ciencia que de la terapéutica. Lo que pasa es, que el tracoma, afección esencialmente crónica, de larga evolución y con tendencia natural a la reproducción, necesita de un tratamiento largo, cuidadoso y científico; pero siempre, téngase presente, el éxito corona nuestros esfuerzos.

Por tanto, es necesario que los médicos generales tengan el convencimiento de que su labor no ha de ser baldía y la firme creencia en la curabilidad del tracoma, para que con fe y entusiasmo colaboren con los oculistas de profesión, a desterrar de nuestra patria esta peligrosa enfermedad.

Claro es, que aun dentro de este concepto del *tracoma corriente* (aparte del de los mendigos), hay formas de mayor gravedad, en general las antiguas y las de los sujetos desaseados, y otras más leves, las de fecha reciente y la de los individuos cuidadosos de la limpieza.

La misión de curar los granulosos pobres de nuestra provincia corresponde tanto a los médicos generales, como a los oculistas. Los primeros, que son los que únicamente residen en los pueblos, y convenientemente impuestos en la materia, mediante cursillos especiales explicados por personal competente (al modo que en Hungría), serían los encargados de tratar las formas leves; mientras que correspondería a los oculistas de profesión, además de esta tarea en la capital, la asistencia de las formas y complicaciones graves de la provincia y el realizar las operaciones. Así, de este modo realizado el trabajo y dignamente retribuido por el Estado y bajo su alta inspección, los resultados no se harían esperar.

Las curas deben practicarse con la más exquisita asepsia de las manos y del material sanitario, *primo non nocere*, como hemos dicho al hablar de los consultorios y dispensarios gratuitos. Hay que desechar las ideas de algunos médicos, de que en las enfermedades infecciosas no es necesario extremar los cuidados asépticos; craso error a nuestro juicio, puesto que se corre el riesgo de exaltar la misma infección y de llevar otras nuevas, originándose asociaciones microbianas de exagerada virulencia, que agravan las lesiones y retardan o impiden la buena curación.

Nada hemos de decir del tratamiento del tracoma por no ser de este lugar, pero recuérdese que actualmente es quirúrgico, médico o higiénico y que el fundamento científico del mismo consiste en agudizar artificialmente una afección esencialmente crónica, por medios que han variado según las épocas, desde el jequirití y el pus blenorragico, hasta los raspados, escarificaciones y cepillados; y que estos mismos tracomas, aun después de operados siguen siendo manantiales de contagio para los que rodean al paciente, dada la gran cantidad de exudados que producen, por lo que necesitan de una esmerada limpieza, que a su vez sirve para

evitar posibles inoculaciones en una superficie cruenta como lo es entonces la conjuntiva.

Mas en buena ciencia no es bastante prestar asistencia y curar estos enfermos, sino que es preciso dedicar una parte de nuestras actividades y todos nuestros entusiasmos, al trabajo del laboratorio para investigar el desconocido germen del tracoma, a la vez que encontrar un remedio específico de esta afección, supremo ideal de la Oftalmología y de la Higiene.

Por fortuna, esta campaña sanitaria encontraría el terreno ya preparado en esta región. Nuestra intensiva labor clínica de diez y ocho años, coronada por el éxito más brillante, y nuestra continua predicación acerca de los preceptos higiénicos, de una parte; y de otra, el convencimiento, por tocarlo en la práctica, de lo peligroso de la afección, que hasta les impide emigrar, han ilustrado de tal modo a las gentes, que el que no se pone en curación, es porque realmente no tiene medios para realizarlo.

El papel *profiláxico* del médico oculista en la lucha contra el tracoma, debe comenzar por él, debiendo tener las manos siempre limpias mediante cuidadosos enjabonados, que son suficientes (no empleamos ningún antiséptico) y la precaución (ya realizada en los profesionales de un modo inconsciente) de jamás tocarse sus ojos, sus objetos o sus ropas, o los de los demás, sin haberse lavado previamente; así como de no exponer sus ojos a las inoculaciones durante el acto de las curas o de las operaciones, para lo que prestan buenos servicios las gafas protectoras ideadas con este fin, entre las que son de recomendar las del Dr. Wiedem (de Valencia).

También cuidará de no llevar él el contagio en el mismo enfermo, en el caso raro de que sea solamente uno el ojo tracomatoso, o de unos enfermos a otros, para lo que será de recomendar el lavarse las manos de uno a otro y en caso de resultar irrealizable por el crecido número de consultantes, hacerlo siempre que se haya tocado un ojo con secreción sea de la naturaleza que quiera, pero introduciendo siempre los dedos en una solución antiséptica (agua hervida iodada es la que nosotros empleamos) después de curar todo granuloso, aunque carezca en absoluto de exudados.

Procurará que los tracomatosis no se conviertan en vectores de contagio con sus manos, medios de cura y de limpieza, o con los objetos de su uso personal, ilustrándolos en los peligros de la contaminación y en los medios de evitarla.

Además de esta ardua tarea de clínica, de laboratorio y de profilaxis de médicos y oculistas, estaría también a cargo de los mismos el dar conferencias públicas, de carácter popular, sobre los peligros del tracoma y de los medios de prevenirlos, así como la mayor divulgación de estos conocimientos en la prensa diaria, en las conversaciones con los enfermos, en el reverso de las recetas, etc., etc.

*
*
*

Por los datos que anteceden, que demuestran de una manera clara nuestra participación en el estudio

del tracoma en España y nuestra prioridad y exclusión por lo que á la provincia de Almería se refiere, se disculpará nuestra pretensión expuesta como título á este trabajo, de *estudiar las causas y proponer los remedios* del tracoma en nuestra provincia, que no tiene otro objeto que el de llamar la atención de la Inspección General de Sanidad, que tanto se preocupa de asunto de tanto interés patrio, para que acuda en nuestro auxilio y nos preste la protección necesaria para intensificar la campaña por nosotros iniciada y sostenida, ofreciéndole por anticipado nuestra decidida cooperación y entusiasmo, así como el agradecimiento de miles de almas que salvarán á la ceguera y por tanto de la miseria perpetua, á la vez que dejarán de ser peligrosas para la salud pública.

Almería, 21 de Diciembre de 1920.

OBSESIÓN MUSICAL NOCTURNA

POR EL

DR. VICTOR RIBÓN

Con motivo de mi trabajo titulado «Enfermedades del lenguaje musical», recibí hace poco la siguiente carta de distinguido médico de esta ciudad, intelectual de finos quilates y artista, ya que en ella revela toda la sensibilidad que atesora su corazón y que el sentimiento es el alma misma del Arte:

«Desde mi niñez fui muy sensible á todas las escenas tristes y conmovedoras, hasta el punto de impresionarme profundamente con el sufrimiento de los animales. La música ha tenido para mí, desde mis primeros años, una influencia extraordinaria, de suerte que me deleitaba oyéndola, especialmente si era triste. He tenido muy buena memoria musical, pues recuerdo todavía, hasta en sus menores detalles, muchas de las piezas que oí tocar cuando era niño.

Yo vivía profundamente enamorado de mi esposa á quien idolatraba con toda mi alma, y, cuando soñaba con un porvenir dichoso, me la arrebató la muerte dejándome sumido en la más profunda melancolía. Desde ese momento el recuerdo de ella me acompañaba incesantemente, pues no quería ocuparme en ninguna otra cosa. Durante la noche cuando todo estaba en silencio, oía dentro de mi cabeza una orquesta admirable que ejecutaba una música profundamente triste y profundamente bella, *pero no era nada de lo que yo conocía, sino algo desconocido y de una belleza y melancolía incomparables. Esta audición duraba hasta las tres de la mañana, hora en que me levantaba agobiado por el cansancio del insomnio. Debo advertir que la música que oía no se repetía, pues, si era continua, difería de sí misma á cada paso.*

Este fenómeno extraño no era una alucinación, pues en ésta, el individuo cree en la realidad de la excitación, ó lo que es lo mismo, en la existencia de ella, y yo sabía que este fenómeno se pasaba en mi cerebro.

Puede considerarse más bien como un acto de automatismo cerebral.»

Me explico así este singular caso:

La audición ocupa, dice Vaschide, gran campo de nuestra vida psíquica: es el sentido que se adormece en último lugar antes de que caigamos en la inconsciencia del sueño, el que primero nos despierta y pone en contacto con el medio cósmico y social del mundo exterior; *pero, durante toda la noche permanece casi en el estado de vigilia: se ha dicho con razón que el oído es el centinela de nuestra personalidad.*

Desde el punto de vista alucinatorio la esfera auditiva puede ser el sitio de desórdenes diversos que forman todas las transiciones intermediarias entre las hiperestesias, sinestesias, disacusias auditivas y la alucinación verbal coordinada. Son las interpretaciones falsas, ilusorias y las alucinaciones elementales del oído las que sirven de base á pretendidos insultos monosilábicos que se originan con pretexto de cualesquiera ruidos, mayormente si son rítmicos.

Algunas alucinaciones moduladas recuerdan las alucinaciones inspiradoras de ciertos músicos compositores; éstas últimas pueden ser sinfónicas como las de Berlioz, y recuerdan en el campo de la Acústica, las de algunos pintores que ven, en cierto momento, pintado sobre la blancura de la tela, el cuadro que proyectan realizar.

Siempre que se trata de este intrincado problema psico fisiológico se impone el recuerdo del célebre Tartini, que al estado de vigilia no logra componer una serenata netamente diabólica, se adormece con esta preocupación, sueña que el diablo se le aparece, que coge su violín y toca en él la maravillosa composición que no había conseguido concebir despierto.

Los fenómenos verificados en Berlioz, Tartini, Mozarteti, pueden aplicarse en rigor por la teoría llamada poligonal de Grasset, según la cual un centro del psiquismo superior permanece inmutable, en tanto que los centros psíquicos inferiores del polígono se aíslan y muchas veces llegan hasta á desconocer la existencia de aquel centro que sería el subconsciente.

Los centros inferiores pueden en ciertos casos constituir una semiconciencia disgregada, y caer frecuentemente en el automatismo. Según esta teoría, la abstracción que es una nueva forma de contracción de la personalidad, no sería otra cosa que un desalojamiento del yo, de las partes inferiores del eje cerebro-espinal, hacia el centro superior ó centro psíquico propiamente dicho.

En el caso del colega que motiva estas líneas, este centro influenciado por el recuerdo amoroso excitaba á su vez las imágenes sensoriales y motrices (musicales), cuyo predominio excluía en absoluto cualquiera otra clase de imaginaciones: lástima que nuestro admirado cofrade no sea músico, que si lo fuera, se habría enriquecido el arte musical con la valiosa composición que superaría á las concebidas de manera común y corriente en el estado de vigilia diurna por el atractivo de su origen misterioso, susceptible de otras explicaciones distintas de la presente.

Bibliografía.

JEA URIBE: «La personalidad humana.»

MARIE: «L'audition morbide.»

VASCHIDE: «Le sentiment musical.»

IDEM: «La Renaissance latine.»

Estudio de las lesiones de la sífilis de aspecto especial clínico

POR EL

DR. SICILIA

Del Hospital de San Juan de Dios de Madrid.

Esta enfermedad estará siempre sobre el tapete: 1.º, por el infinito número de lesiones tan diversas que produce y las numerosas formas y procedimientos de contagio con que se nos presenta; 2.º, por los estragos profundos visibles los menos, ocultos los más, que desarrolla en las profundas tramas de los tejidos; 3.º, por la persistencia, duración y vitalidad tan prolongada que cansa y rinde á director y dirigido del ataque tan tenaz que hay que realizar—por el engaño en que se vive haciendo creer todos los datos valorables que se pueden obtener del portador estar curado un proceso y una lesión sin calcular debidamente que todos los signos positivos de reacciones, objetivos y subjetivos, solo traducen el rebose, la presentación en escena de las sustancias morbosas que colman llenando la totalidad del organismo, traduciendo sólo un exceso que busca su eliminación por la periferia del cuerpo. Por éstas y más consideraciones á poco que se profundice en el asunto de la enfermedad, vemos las cosas más extraordinarias en la clínica de la Lues, entre las cuales citamos algunas que son muy frecuentes: la polimorfina de las sífilides aun dentro del mismo período y de la misma categoría eruptiva siendo los chancros indurados, fisurados, erosivos, membranoides, ulcerosos, nodulares, infiltrados, fagedenizantes, etc., en las eflorescencias cutáneas maculosas, papulosas miliares, polifoliculares, lenticulares, descamantes, destructivas en grado distinto, las mucosas eritematosas, difteroides, erosivas, macerantes, duras porcelánicas, entre los gomas miliares, subcutáneos, dérmicos, infiltrados, tuberculares, destructivos en escala amplia, etc. Precisamente en este período terciario que es de trascendente importancia conocer porque precisamente sus alteraciones anatomopatológicas acantonadas son de gran duración diferenciando de todo lo anterior primosecundario cuya característica es la fugacidad ó poca duración sucesiva, encontrándolas con los estigmas indelebles que deja en las heredosífilis que se llaman tardías ó terciarias démbles aunque muchas veces hubiera en su debido y oportuno tiempo poco después de nacimiento cosas secundarias, que han pasado inadvertidas, ya que el dato más visible, el chancre, falta en esta modalidad de generación, análogamente á lo que ocurre no sólo con el niño, sino con las mujeres en las que es de ritual casi ver manifestaciones terciarias como el primer anuncio de la colonización treponémica; también son elementos de este tipo

más profundo, duradero y señalado, los que encontramos tras de largas latencias que hicieron confiar en que estaba eliminado el enemigo cuando oculto preparaba su nuevo y más terrible ataque, producto de estarlo laborando en el silencio tantos años sin la menor oposición por nuestra parte,

En el terciarismo puede decirse que el único carácter más fundamental es su limitación, su circunscripción reveladora de que allí quedaron anidados treponemas que tenían su fuerte al amparo de la insuficiente medicación que con irregularidades grandes se llevó á la práctica en fechas anteriores, y de la misma manera que se necesita cierta cantidad de años y de producción de venenos á partir las localizaciones ó focos que se quiera para producir un cambio en los sueros y tegumentos, asimismo también precisa de prolongada y nuevas incubaciones que haga resurgir una colonia de lesión y treponemas donde quedó incompletamente extinguido porque no se llegó al grado terapéutico de aquel caso, siendo ley general que si una enfermedad microbiana ó por disfunción generativa celular necesita una proporción de X radiaciones, X gramos, X inyecciones, X calórico, X vibraciones para ser influida si recibe menor número aún con pequeña diferencia, el efecto no sólo puede ser nulo sino aun contrario por convertirse en espolazo lo que debe ser brida. Los aspectos tubérculo-escamosos, gomosos, de extensión diversa en relieve y anchura entre las gruesas, las papulino-hiperqueratósicas, la tuberculosa serpiginosa, la papilomatosa entre las pequeñas en los elementos que constituyen los agrupados, indican el pleomorfismo creyendo que muchas de las modalidades dependen de la disposición particularísima del terreno local, de la virulencia y cantidad de material infeccioso que se acumula en sitio determinado, siendo más importantes en fuerza por haber mayor desproporción entre el germen extraño que actúa por sí ó sus productos, y el organismo que se defiende menos cuando hay predominante vascular con inflamación obstructiva de las vías sanguíneas predilectas de la raza treponémica, que por su tendencia á la misma, al oxígeno que conlleva ahonda mucho y se hace tan difícil para el ataque franco que por esto tiene que utilizar de las diversas vías concertadas si ha de obtener resultado suficiente en la buena práctica. Cuando las lesiones sean más de capa córnea, reducidas en tamaño, localizadas á los orificios glandulares, en suma, pareciendo ser hechas á la eliminación de los productos morbosos, cosa rara, acostumbrados á ver que en la sífilis todo es exuberante, serán reveladoras de infecciones que más lentas en su curso y de menor virulencia se fijan á los aparatos más predispuestos, al glandular desviado en su composición y producción; aun en los anexos, sobre todo los ungueales constituidos casi exclusivamente de células córneas se aprecian los grietamientos y estados friables, las hipertrofias, los excavados y en lúnula y partes laterales, el desprendimiento de las uñas, siendo demostrativo de la abundancia que revisten en sus modalidades las alteraciones macroscópicas así como las microscópicas.

La frecuencia del hallazgo de nuevas lesiones allí

en aquellos sitios donde actuó primero el germen renovando la eterna canción repetida hasta la saciedad en todas las morboopatías, mas en esta especialidad de si es viejo ó es nuevo, si es recidiva, reproducción ó es reinfección, si es recaída ó superinfección, ó es reinoculación, cosas todas cuyo fundamento está en el tiempo que se conservan los anticuerpos ó reaginas, elementos de reacción suficientes para mantener la inmunidad, el estado refractario ante los mismos agentes colonizadores, período que se extiende, principalmente, á toda la época en que dura la máxima saturación morbosa del enfermo, el cual se extiende dentro de límites de elasticidad marcada, dependiente de la reproductibilidad de los treponemas, del estado de las circulaciones y vías de paso y de la destrucción que los componentes vivos generalmente ayudados de los medicamentosos realice sobre la masa microbiana actuante, pero que suele estar comprendido entre final del período chancroso al mismo término del exantemático, término medio unos seis meses cuando la sífilis apenas ha sido tratada, siendo en algunos casos tan precoz, que puede decirse en los que se ven aparecer pápulas, condilomas, vegetaciones, placas, al lado del accidente inicial y en los que hay tal rapidez de invasión que se encuentran sobre la misma superficie primario, secundario y aun terciario, en los cuales está tan lleno de infección tejidos y plasmas, que le basta con lo que tiene dentro para oponerse á lo que venga de fuera, rebosa, no admite más, y si á veces aparecen ulceraciones que tienen aspectos de tal ó cual período, es que adoptan esta forma los estallidos de los acúmulos que vierten sobre la piel buena porción infectiva, siendo también muy de tener en cuenta que conocidas cada día en mayor número las muestras con que aparecen en gama tan distinta los focos treponémicos más bien congestivos y destructivos cuando hay gran proporción formada y va de dentro afuera, más indurado, limitado, neoplasiforme y fibroide cuando la entrada de treponemas es de fuera adentro, razones por las cuales son diferenciales entre reproducción y reinfección la localización, número, consistencia, aspecto macro y microscópico, incubaciones, alteraciones consecutivas regionales y generales, relación de tiempo y cronología existente entre una y otras alteraciones, síndrome ó lesiones concomitantes que integren el conjunto, evitando con todo cuidado no confundir aquellas lesiones de otro orden cualquiera que producidas por diversidad de agentes en terreno ó medio sifilítico, éste les da la modalidad que es su característica, siendo de uso diario, que tanto las úlceras como los traumas den la redondez, sequedad, persistencia, dureza, disposición serpiginosa tan características, tan suya de ló luético excéntrico.

Cuando se ve sobrevenir después de una porción de años de latencia y en aquellos puntos donde penetró como foco inicial una sífilis, donde se hizo más rebelde una sífilide secundaria, lesiones que bien analizadas son reproducciones de aquel chancro, de aquella ulceración, algo más ahondadas, algo más disciplinadas, algo más oscuras y mates por la edad y estado en que queda-

ron aquellos sitios vulnerados por las primitivas agresiones, encontrando de nuevo treponemas, de nuevo Wassermann positivos, se comprende la persistencia de los gérmenes en sitios tan precisos que tardan bastantes años en dar lesión, y estados infectivos, locales, y generales, lo cual no puede sorprender, por ser conocido hasta del vulgo el carácter solapado, traidor por excelencia, presencia, potencia y esencia del treponema, el cual, á pesar de su forma y vivos movimientos que le hacen penetrar antes y más profundamente, aun con su reproductibilidad, por partición transversal y longitudinal, á más de la extensión que alcanza dentro de los organismos vivos (fuera de ellos su vida es mucho más precaria, sobre todo, que el de Ducrey, con cuyas lesiones es con las que hay que hacer el maximum de separación y con el que puede vivir en simbiosis), á pesar de su fácil paso entre los humanos, donde encuentra el óptimo de condiciones favorables á su evolución; lo cierto es que la clínica nos dice de continuo que necesita una preparación especial, que tiene unas incubaciones, unas latencias, que necesita organismos especiales para hacer su desarrollo estruendoso ó una carga tal de estos parásitos, una puerta de entrada, un estado previo de tejidos por otra enfermedad anterior, actual ó por su propia delicadeza, como ocurre en la prostitución y en los inocentes, y siendo de diario ver que aun recibida en el claustro materno por contagio mono ó biradicular, á través de la circulación materno fetal, donde suele ser inoculada masivamente, apenas da erupciones secundarias dando los dos tipos ó con tal sobrecarga los órganos y tejidos que impiden la vida, aun dentro de la matriz, como impidieron el desarrollo corporeo, ó si es de poca proporcionalidad la carga allá por la segunda decena, cuando se hace el desarrollo de la pubertad es cuando un foco gomoso, por cara, generalmente por extremidades inferiores es la resultante ante aparente de un estado anómalo de cosas de tanta prolongación que se manifiesta aun con un aspecto floriente y en muchachas de buen ver, pues generalmente estos casos son femeninos, asunto también que interesaría explicar, porque en este sexo las apariencias, los cuadros son tan incompletos y tardíos, siendo así que se le da como más débil entre la sociedad creyendo factor poderoso, no sólo el que sea adquirido más inocentemente, sino al generarse por infección vascular masiva.

Periódicos médicos.

SIFILIOGRAFIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Neurosífilis familiar.**—Los Dres. Joseph Earle y Albert Keidel, después de un detallado estudio sobre los trastornos de la neurosífilis, establecen las siguientes conclusiones:

1.^a Se hizo la exploración sistemática de 52 cónyuges de 50 neurosífilíticos.

2.^a De los 22 cónyuges de 21 paráliticos generales, 16, ó 72,7 por 100, tenían sífilis. De estos sífilíticos, 11, ó 68,7 por 100, tenían neurosífilis.

3.^a Seis de los ocho cónyuges de tabéticos tenían sífilis y cuatro de éstos tuvieron neurosífilis.

4.^a En el grupo de neurosifilíticos meningovasculares, 18, ó sea 81,8 por 100 de los 22 cónyuges, tenían sífilis; pero de éstos, sólo seis (33,3 por 100) eran neurosifilíticos.

5.^a Del número total de 52 cónyuges 40, ó 76,7 por 100, eran sífilíticos, y de éstos, 21, ó 52,5 por 100, tenían neurosifilis.

6.^a Se observó neurosifilis conyugal en 21 casos. El tipo fué semejante en ambos cónyuges, ocho veces. En siete casos, la neurosifilis fué asintomática en el consorte y se descubrió sólo por el examen sistemático del líquido cefalorraquídeo.

7.^a La duración del matrimonio y de la sífilis del sífilífero, fué casi doble en el grupo de familias con neurosifilis parenquimatosa (parálisis y tabes) que en el grupo de sífilis meningovascular. El peligro de la infección para el cónyuge sano aumenta de acuerdo con la proximidad de la infección en el sífilífero á la fecha del matrimonio.

8.^a En dos terceras partes de los cónyuges de pacientes con neurosifilis parenquimatosa, la sífilis había sido latente. Sólo una tercera parte de los cónyuges de pacientes con neurosifilis meningovascular, revelaron esta latencia.

9.^a Los porcentajes más elevados de neurosifilis conyugal que hemos obtenido, en comparación con los de otros investigadores, se deben al empleo sistemático del examen del líquido cefalorraquídeo.

10. A pesar de que la gran frecuencia de la neurosifilis conyugal, en los cónyuges de neurosifilíticos parenquimatosos, indica la existencia de una raza neurotrópica especial del *Spirochaeta pallida*, el bajo porcentaje comparativo que se encuentra en los cónyuges de los neurosifilíticos cerebro-espinales, introduce un factor complicante. Por los datos aseguibles, no se puede llegar á una conclusión segura, en cuanto á la variedad de razas.

11. Es de valor práctico la exploración sistemática de los cónyuges de neurosifilíticos, y el examen del líquido cefalorraquídeo es parte indispensable de la exploración sistemática indicada, por el descubrimiento de la neurosifilis asintomática en siete cónyuges. (Edición española de *The Journal, A. M. A.*, 1 de Agosto de 1921.)

2. **Diagnóstico de la gonorrea en la mujer por los métodos de coloración. Su valor práctico.**—Los doctores Charles C. Norres y Henry B. Mæckelberg hacen un estudio de este medio de diagnóstico y deducen las siguientes conclusiones:

1.^a Al tratar una lesión inflamatoria de la parte inferior del aparato genital, conviene determinar el tipo de la infección.

2.^a Durante el estadio agudo de la infección gonocócica, el diagnóstico por lo general se hace sin dificultad, puesto que los signos clínicos son más ó menos significativos; si existen dudas, debemos atenernos á los frotos.

3.^a A causa de la certidumbre con que puede hacerse el diagnóstico positivo por los métodos de coloración en el estadio agudo y de los muchos obstáculos que se encuentran en el estadio crónico, es importante en particular que se averigüe el tipo de infección que existe durante el estadio agudo. Por desgracia, á muchos casos no se les ve durante los estadios precoces y, por consiguiente, se hace un diagnóstico positivo sólo con mucha dificultad.

4.^a Durante el estadio crónico, los signos clínicos son menos característicos que durante el estadio agudo.

5.^a El examen de los frotos es menos satisfactorio.

6.^a Puede demostrarse la existencia de gonococos por medio de frotos, en todos los casos, si se hace un número suficiente de exámenes correctos.

7.^a Un solo examen negativo de un frote carece de im-

portancia. En tal caso, las probabilidades de demostrar el gonococo son de tres ó cinco á uno, según la destreza del examinador.

8.^a Aun en las circunstancias más favorables pueden hacerse exámenes positivos de frotos, sólo en una proporción comparativamente pequeña de los casos.

9.^a A menos que se comprueben con el colorante de Gram ó alguna de sus modificaciones, los exámenes de los frotos carecen de importancia.

10. Aún con la coloración de Gram pueden ocurrir errores de diagnóstico. Las diferencias en el espesor de los preparados, la coloración demasiado intensa ó demasiado débil, etc., pueden producir resultados muy erróneos.

11. Debido á las muchas dificultades que presentan esta forma de diagnóstico, creemos que á menos que verifique la prueba una persona de experiencia, sus resultados carecen de valor y á menudo son erróneos.

12. Los datos clínicos son de mucho más valor que los métodos de coloración, aunque verifique los últimos un perito.

13. Desde el punto de vista práctico, deben considerarse todos los casos como de origen gonocócico, á menos que se pruebe lo contrario.

14. Aunque no deseamos menospreciar el valor de los métodos de coloración en el diagnóstico, creemos, sin embargo, que se ha exagerado mucho su utilidad. (*La Especialidad Práctica*, Agosto de 1921.)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. **El tratamiento preventivo y curativo de la crisis nitritoide, por G. Millan.**—*Profilaxia:* la técnica juega un papel capital para disminuir el número ó atenuar la gravedad de las crisis nitritoides, ó inversamente, para favorecer su aparición ó agravar su pronóstico. La inyección concentrada de 914 por medio de la jeringa es nefasta, conociéndose solamente casos de muerte en el curso de una crisis nitritoide desde y por las inyecciones concentradas intravenosas de 914. Conviene, por el contrario, emplear una solución diluída en la proporción de un centígramo de 914 por centímetro cúbico de suero artificial al 7 por 1.000 (y no de agua destilada, que es hemolítica) y una aguja de calibre mediano, que modera la velocidad y se puede inyectar el producto con la mayor lentitud. La inyección fraccionada es el mejor modo de utilización de este método; se inyectan 2 ó 3 c. c.; se interrumpe medio minuto, que permite al organismo una defensa fácil contra esta invasión débil y facilita su acostumbramiento (takisinencia de H. Roger); nueva inyección lenta durante dos ó tres minutos; parada de treinta á cuarenta segundos y así sucesivamente hasta el final, cuidando de invertir en la inyección unos diez minutos por lo menos. Durante la inyección se explorará el pulso, deteniéndola siempre que se le encuentre acelerado. Si las conjuntivas se inyectan al mismo tiempo que aparece la taquicardia, se cesa en la inyección y se interviene activamente por la adrenalina. La frecuencia de la crisis nitritoide depende mucho también de la variedad de arsenobenzol empleado. El 606 empleado *puro* debe eliminarse en terapéutica, por producir crisis nitritoides, hasta diluído al 1 por 500, en el 80 por 100 de los casos. El 606 alcalinizado, arsenobenzol ó salvarsán que muchos prefieren todavía al novoarsenobenzol ó neosalvarsán, debe emplearse con un exceso de sosa, so pena de que ocasione crisis. El novoarsenobenzol rara vez es causa de crisis nitritoides; pero cuando el producto está alterado hay que desecharle; las ampollas que presenten alguna rotura ó esté saltado el cristal no serán utilizadas; pero á veces esto no es fácil de ver por disimularlo la etiqueta; á

veces la oxidación que produce el aire se aprecia á simple vista por el color obscuro que adquiere el polvo. Toda solución que no sea absolutamente transparente no será empleada, por lo cual el médico deberá preparar siempre por sí mismo las soluciones.

Según Millian, existen lotes de 914 nitritoidógenos; por ello conviene que en la ficha de cada enfermo, además de apuntar la dosis inyectada, se apunte el número de la misma; y si las crisis se reproducen de una manera inusitada con este mismo número, se avisará al fabricante para que le retire. El enfermo tiene una gran parte en la génesis de las crisis nitritoides. La acidez relativa de los humores predispone á ellas; hay que poner, por tanto, á los enfermos á régimen alcalino; eliminar los ácidos y recomendar el bicarbonato de sosa y el agua de Vichy. Se puede emplear también el carbonato sódico, inyectando 3 gramos diluidos en 150 c. c. de suero artificial. Los trastornos de la tensión arterial, tanto la hiper como la hipotensión, predisponen considerablemente á la crisis nitritoide; lo mismo sucede con el basedowismo y la insuficiencia suprarrenal; los hipotónicos, los tabéticos y los paráliticos generales están predispuestos igualmente á la crisis congestiva. Al examen general del enfermo, que indica la predisposición permanente, se unen condiciones accidentales capaces de ocasionar una predisposición pasajera; entre ellas, la fatiga física, sobre todo muscular, es esencial.

Tratamiento medicamentoso y curativo de la crisis nitritoide.—Cuando la crisis se ha decarado, hay que obrar de prisa, desde que la crisis aparece, es decir, desde que el pulso se acelera y las conjuntivas se inyectan, sin esperar á que el enfermo se queje. Para obrar, hay que tener constantemente preparado el material, que consiste en una jeringuilla hervida con la aguja montada y ampollas estériles de adrenalina probada, en solución al 1 por 1.000, y el suero artificial estéril que se emplea para diluir el arsenobenzol. El tratamiento consiste en inyectar en los músculos de la nalga ó de la cara externa de la cadera, miligramo y medio de adrenalina. Después, recomendación esencial, se llena la jeringa con 3 ó 4 c. c. de suero artificial con objeto de limpiar la adrenalina que ha quedado en las paredes y que se disuelve en el suero, y este resto de adrenalina se inyecta lentamente en las venas y por fracciones, para evitar la cefalea violenta é inmediata que suele ocasionar la inyección intravenosa de adrenalina. Esta inyección intravenosa de una dosis infinitesimal de adrenalina, tiene una acción extraordinaria; resucita en un abrir y cerrar de ojos, en unos segundos, al que un instante antes estaba moribundo. (*Presse Medicale*, núm. 65, 13 de Agosto de 1921.)—LUENGO.

4. **Crítica de la extensión concedida actualmente al dominio de la sífilis, por A. Renault.**—Ciertos sífilígrafos ven la sífilis en todas partes. Oyéndoles, esta afección ocupa con la tuberculosis uno de los lugares más importantes en la estadística obituarial. Sin duda alguna es una enfermedad que está muy extendida, pero es útil recordar que, por fortuna, es con la mayor frecuencia una afección benigna, con la doble condición de tratarse suficientemente y durante un largo tiempo. Independientemente de las manifestaciones externas y de los fenómenos dolorosos que constituyen pruebas innegables de sífilis, se engloba hoy día en esta enfermedad, la mayor parte de las lesiones vasculares, sobre todo arteriales; la mayor parte de las afecciones viscerales y hasta ciertas dermatosis pruriginosas ó urticarianas que hasta la fecha no parecían tener ninguna relación con la sífilis, fundándose en que los sujetos presentan un Wassermann positivo ó se mejoran por el tratamiento arsenical. Renault trata en este artículo de hacer notar que no

hay que tender á hacer tabla rasa con detrimento de los enfermos, de las influencias diatésicas, tóxicas ó accidentales que puedan ser la causa de las afecciones que el médico es llamado á tratar. Dos son los principales argumentos que se ponen delante para invocar la responsabilidad de la sífilis: el resultado de la reacción de Wassermann y la prueba terapéutica. Cuando el Wassermann es positivo, la mayor parte de los sífilígrafos concluyen con certeza en la especificidad. Aun admitiendo un instante que esta regla no tiene excepciones (y todos los sífilígrafos saben que las tiene), el resultado positivo no demuestra que la afección que padece actualmente el enfermo tenga el mismo origen; puede haber en ello simplemente una coincidencia. En cuanto al argumento terapéutico, sin duda alguna, tiene mucho más valor. Sin embargo, no hay que olvidar que los arsenobenzoles constituyen una medicación arsenical intensiva y el arsenico á dosis terapéutica es un excitante de las funciones celulares, de donde resulta un estímulo de la nutrición general; modifica la crisis sanguínea en un sentido favorable y goza de propiedades antiparasitarias. Acerca de la edad de los sujetos en el momento de la aparición de los accidentes que hacen sospechar la sífilis, dice el autor que es innegable que las lesiones cerebrales precoces que provocan fenómenos apoplectiformes seguidos de hemiplejia, poseen desde el punto de vista del origen, un valor semeiológico que no se puede despreciar; en los casos de este género debe sospecharse con justa razón é investigarse con cuidado. Pero si estos mismos accidentes tienen lugar después de los cincuenta años, en esa época de la vida en que la arteriosclerosis es capaz de producir sus daños, aun cuando el Wassermann sea positivo ¿se puede concluir necesariamente en la sífilis? La ineficacia absoluta del tratamiento específico parece demostrar lo contrario. Sin dejar de tener siempre presente en el espíritu el papel morboso que puede jugar la sífilis, no hay que dejarse hipnotizar por esta consideración, despreciando la acción nociva de otras taras, de las cuales las escleroses arteriales constituyen la expresión última. No se puede negar que el temperamento llamado artrítico, aunque su existencia se discute hoy por muchos médicos, constituye una predisposición, cuyos hechos clínicos demuestran la realidad, y si se hace abstracción de este pretendido temperamento, ¿podrá ponerse en duda la influencia nociva de la escrófulotuberculosis de las enfermedades infecciosas anteriores, del alcoholismo, de las intoxicaciones profesionales, la del plomo y del mercurio, por ejemplo? Y, precisamente, todas estas taras repercuten, más ó menos, en la descendencia y producen una serie de manifestaciones que se incluirían sin razón en la heredosífilis. La tendencia exagerada á la atribución de casi todos los estados morbosos á una sífilis ancestral tiene el riesgo de dar lugar á consecuencias lamentables para la terapéutica. Conclusión: si el deber de todo médico es no perder nunca de vista la hipótesis de la especificidad, no es menos necesario que se conforme con el viejo adagio latino: *Suum cuique*. (*Journal des Praticiens*, núm. 34, 20 de Agosto de 1921.)—LUENGO.

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Ruptura de un aneurisma aórtico en la vena cava superior.**—Los Dres. M. S. Wien y W. C. Earle comunican el siguiente caso:

Historia.—J. P. Blanco, de cincuenta y dos años de edad, soltero, obrero, de origen irlandés, ingresó en el Cook County Hospital, en el servicio del Dr. Joseph A. Capps, el 3 de Diciembre de 1920. Se quejaba de disnea, hinchazón marca-

da y cianosis de la cara y parte superior del cuerpo y dedos. Por la anamnesia, se averiguó que se había sentido bien y fuerte y trabajado sin cesar, hasta unas cinco y media semanas antes de presentarse en el hospital. En aquella fecha advirtió gradualmente, durante un período de diez días, alguna disnea, y que la cara y las manos se le cianocaban al hacer ejercicio. Sin embargo, no existía hinchazón. Se acostó una noche, después de trabajar durante el día, sintiéndose al parecer en buena salud, pero al levantarse a la mañana siguiente advirtió disnea pronunciada e hinchazón y cianosis de la cara y porción superior del cuerpo y alguna molestia en el tórax. Podía levantarse y andar, pero no trabajar. Tanto el ejercicio como el decúbito agravaban la hinchazón y le era difícil dormir. El estado había permanecido casi estacionario desde el comienzo. Aunque había tenido ataques de vértigo y cefalalgia y tos, no lo habían molestado nunca. El paciente había estado casi sordo durante los últimos veinte años. Nunca había advertido el menor dolor en el tórax, ni palpitación cardíaca, ni hinchazón de los pies. No había tenido dificultad para ingerir. El apetito era bueno. El paciente había sido un bebedor sempiterno, y dijo que había tenido un chanero quince años antes. Por lo demás, la historia era negativa.

Exploración.—El paciente sólo se hallaba medianamente desarrollado; el gran tamaño de la cabeza, la plenitud de la cara, cuello y tórax no guardaban proporción con la parte inferior del cuerpo. Era muy somnoliento, pero se despertaba con facilidad. El habla era dificultosa; la respiración ruidosa y del tipo de Cheyne-Stokes. La temperatura al ingresar era 97° F. (36°,1 C.), el pulso 80 y la respiración 20. La presión sanguínea era: brazo derecho: sistólica, 126; diastólica, 40; brazo izquierdo: sistólica, 116; diastólica, 40; acusando una diferencia de 10 milímetros de mercurio entre las dos presiones del pulso. La piel de la parte superior del cuerpo, incluyendo la cara y los brazos, tenía un color rojo azulado y existía edema marcado de los tejidos subcutáneos, que casi cerraba los ojos. Había un abultamiento pronunciado del cuello, en particular en la región submaxilar. Los labios y mucosa bucal se hallaban cianosados y existía edema considerable en la pared faríngea. El edema y pigmentación se extendían hacia abajo, cubriendo el tórax, brazo y manos y se manifestaba depresión al oprimir la piel. Disminuían a medida que se descendía y se hallaban bien deslindados, en el borde inferior del tórax, de la pared abdominal, que era muy delgada y carecía de tejido adiposo. En este borde se observaba una faja purpúrea de 4 pulgadas (10 centímetros) de ancho, que se extendía desde una axila a la otra y que estaba formada por una red de vénulas dilatadas. Extendíndose abajo, desde esta región y cruzando el abdomen hasta las regiones inguinales, había numerosas venas muy dilatadas, la sangre de las cuales parecía correr hacia abajo hasta las ingles. En la piel edematosa, que se extendía hacia arriba, se podían distinguir numerosas venas dilatadas. La yugular externa derecha era prominente y revelaba una pulsación sincrónica con el sístole cardíaco. No pudo observarse pulsación en ninguna otra vena, ni había edema de los miembros inferiores, ni ningún líquido libre en la cavidad abdominal. El hígado y bazo no eran palpables. Las pupilas eran iguales y regulares y reaccionaban a la luz y a la acomodación. El tórax era simétrico, y sus expansiones eran regulares e iguales. La resonancia era normal en todas partes, y sólo podían oírse algunos estertores húmedos groseros sobre la parte inferior del pulmón izquierdo posteriormente.

La exploración cardíaca reveló el impulso de la punta en el sexto espacio intercostal, 2 centímetros a la izquierda de la línea mamaria. El reborde del corazón derecho se halla-

ba 2 centímetros a la derecha del esternón, y el reborde del corazón izquierdo en la línea axilar anterior. Había una pulsación visible en el reborde izquierdo del esternón, en las inserciones costoesternales, y la macidez mediastínica estaba aumentada 3 centímetros a la derecha en el primer espacio intercostal y 4 centímetros a la izquierda, en el primero y segundos espacios intercostales. El primer sonido cardíaco era muy poderoso y distinto, y el segundo sonido aórtico, débil y apagado. Se percibía un soplo sistólico sobre el esternón, hasta la línea mamaria derecha, más fuerte en la inserción de la tercera y cuarta costillas en el reborde izquierdo del esternón, en donde el sonido era muy fuerte y chirriante, semejante a los golpes de una bomba de agua. Era más fuerte al comenzar el sístole, desapareciendo gradualmente y extendiéndose durante el diástole hasta el próximo sístole. Se percibía un soplo diastólico breve en una zona pequeña sobre el reborde izquierdo del esternón, en el cuarto espacio intercostal.

La reacción de Wassermann fué + + + +. La fórmula sanguínea fué 3.680.000; el recuento leucocítico, 6.600; la hemoglobina, 75 por 100, y el índice colorimétrico, uno. La orina reveló indicios de albúmina, pero sin cilindros. El examen fluoroscópico y el roentgenograma del tórax revelaron una aorta dilatada, de tres a cinco veces su diámetro normal, pero ninguna dilatación aneurísmica precisa, y un corazón muy hipertrofiado, principalmete en la aurícula derecha.

Hicimos un diagnóstico clínico de insuficiencia aórtica, aneurisma aórtico y obstrucción de la cava superior, debiéndose principalmente esta obstrucción a la ruptura del aneurisma en la vena cava superior.

Evolución clínica.—Dejamos que el paciente se levantara en el cuarto, puesto que se sentía más cómodo mientras se hallaba sentado, y después de pasar la noche sentado, disminuía mucho la hinchazón de la cara. No podía recostarse, ni aun poco tiempo, y las noches, por lo general, las pasaba muy mal. La marcha del caso presentó muy pocas complicaciones, aparte de un ocasional delirio ligero durante cuyo tiempo había que vigilar al paciente. Poco podíamos hacer para aliviarlo, y se quejaba también muy poco. Con frecuencia manifestó el deseo de ir a trabajar. Se manifestaron signos de derrame en la parte derecha del tórax, dos semanas después de su ingreso, y una toracentesis reveló un líquido pajizo, claro, con un peso específico de 1.010. Por fin, el paciente se desanimó al no ver signos de mejoría y se volvió más irracional, de modo que a menudo hubo que emplear la fuerza para detenerlo de noche. Se levantó el día antes de su muerte, que tuvo lugar súbitamente a las 2:15 a. m., el 17 de Enero de 1921, seis semanas después de ingresar en el hospital y once semanas después de comenzar los síntomas.

Autopsia. (Verificada por el Dr. Fred. Stangl).—Los tejidos subcutáneos de la porción superior del cuerpo y la cara se hallaban muy edematosos. Los vasos cutáneos estaban hipertrofiados y congestionados, sobre el reborde costal inferior. Al incidirse el tórax se vió que las zonas cardíaca y aórtica se hallaban muy ensanchadas enfrente, de modo que el ancho mayor en la punta era de 18 centímetros para el corazón y 12 centímetros para la aorta. El saco pericárdico contenía un ligero exceso de líquido claro, y las superficies eran lisas. La aurícula derecha descansaba contra el diafragma, que se hallaba más abajo, sirviéndole de reborde superior un saco aneurísmico muy dilatado, que medía 14 centímetros en su diámetro vertical y 10 centímetros transversal y anteroposteriormente. Las venas coronarias y los senos se hallaban congestionados y distendidos por la sangre. La cava superior se hallaba marcadamente comprimida.

da, comenzando en la aurícula derecha y extendiéndose 10 centímetros hacia arriba, y en esta área, las paredes eran delgadas y se hallaban adheridas á las del saco aneurísmico. Su mayor circunferencia era de 6 centímetros en tanto que la de la vena cava inferior era de 9 centímetros. En esta porción estrecha y á unos 4 centímetros de la abertura de la aurícula derecha, existía una abertura oval de unos 5 centímetros de diámetro, entre la cava superior y el saco aneurísmico. Sus márgenes se hallaban cubiertas de masas fibrinosas, de un color gris rosado. La capa inferior de la aorta era áspera, y la porción torácica se hallaba cubierta con placas amarillentas y grises, alrededor de las cuales había numerosas cicatrices lineales y arrugadas. Había disminuído mucho la elasticidad, y la circunferencia mayor era de 8 centímetros. La primera porción de la aorta, desde la válvula aórtica al cayado, se hallaba comprendida en un saco aneurísmico cuya pared se había adelgazado de 1 á 2 milímetros. En esta cavidad podía penetrar con facilidad un puño enguantado, y comunicaba con el ventrículo izquierdo hacia abajo, con el cayado en la porción superior y con la vena cava superior á través de su pared posterior. Su diámetro era de 10 á 12 centímetros en todas direcciones. La pared del ventrículo izquierdo tenía 19 milímetros de espesor y la del derecho 4 milímetros. El corazón y la aorta, vacíos, pesaban 725 gramos. El líquido se escapaba libremente de las cavidades pleurales. El pulmón derecho se hallaba aplastado y no contenía aire, existiendo marcada atelectasia por compresión. Todo el pulmón izquierdo crepitaba, pero se hallaba húmedo en las paredes inferiores. Por lo demás, la exploración resultó negativa.

El diagnóstico se nos ocurrió muy pronto, después de averiguar la historia y determinados algunos puntos esenciales, al explorarse al paciente. Como han comunicado y resumizado anteriormente Pepper y Griffith, el diagnóstico se basó en los datos obtenidos por la anamnesis del paciente, junto con los signos físicos que revelaban aneurisma é indicaban obstrucción de la circulación sanguínea en la cava superior. Las pruebas de laboratorio para la sífilis y los roentgenogramas de un aneurisma aórtico, son auxiliares valiosos para hacer el diagnóstico correcto. De importancia en la historia es la súbita iniciación de los síntomas molestos asociados con la ruptura del aneurisma, seguidos de los signos de obstrucción del flujo sanguíneo en la cava. En este caso, aunque había obstrucción casi completa de la vena cava, no hubo síntomas de presión, debidos á la obstrucción de la tráquea, bronquios y esófago. El soplo que se oía, se extendía á todo el ciclo cardíaco, siendo continuo, como sucede con los soplos debidos á la comunicación de una arteria con una vena. En este caso también resultó de importancia diagnóstica la pulsación de la yugular externa. La iniciación, en muchos casos comunicados, ha tenido lugar durante el ejercicio ó al hacer algún esfuerzo físico, pero en este caso parece que el estado se manifestó mientras dormía el paciente y sin muchos trastornos respiratorios ni cardíacos. Comunicamos este caso para agregar uno más de este tipo á los ya comunicados, puesto que el estado es comparativamente raro. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 1 de Agosto de 1920.)

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Un caso de herida penetrante del abdomen por arma de fuego.—Joaquín Barnoya publica la siguiente nota clínica:

Estando de guardia el día 31 de Julio próximo pasado, fui llamado á las veinte de la III sala de Cirugía de Mujeres

y Maternidad anexa, para asistir á una mujer que había ingresado herida.

Llego frente á la enferma y adquiero los siguientes datos: se llama Marcelina Z., de veinticuatro años de edad, casada, oficio de su sexo, reside en la capital. Cuenta estar [encinta y en el final del embarazo, ha tenido varios hijos anteriormente, siendo todos sus partos anteriores normales. Llega al Hospital por haber sido herida por arma de fuego como á las diez y seis de ese mismo día.

Procedo al examen de la enferma y noto que en realidad se encuentra en el curso del octavo mes del embarazo; á dos dedos arriba del ombligo encuentro una solución de continuidad de la piel, de forma circular y como de 2 centímetros de diámetro; en resumen, la lesión que deja los proyectiles de arma de fuego; alrededor de la herida y en las ropas se notaba ligera hemorragia, pero en el momento del examen ya no había. Por lo demás, el pulso era normal, fuerte, las respiraciones eran amplias, su número normal, la enferma no acusaba ningún dolor, y hablaba con tranquilidad: en fin, un buen estado general. Aplico un apósito aséptico y hago llamar al médico interno.

Llegado que fué éste, procedimos á un nuevo examen de la enferma; se ve que la presentación del feto era de vértice, posición derecha, variedad anterior, y en vista del buen estado general se decide no intervenir, sino hacer expectación armada.

A las veinticuatro del mismo día fui llamado para asistir á la misma enferma, á quien en ese momento le principiaban los dolores del parto.

Al llegar, me convenzo que la enferma había entrado en un período de trabajo franco, hago llamar de nuevo al médico interno y en su compañía asistimos á la expulsión del feto, que resultó ser del sexo femenino y á los pocos momentos el alumbramiento de la placenta entera y normal; se pone una inyección hipodérmica de ergotina, se aplica nuevo apósito aséptico á la herida.

No habiendo síntomas alarmantes nos retiramos á descansar, comentando la buena suerte de la mujer y haciéndonos la pregunta de que si no se trataría de una herida superficial, y la emoción la causa provocadora del parto, ó si en realidad era una herida penetrante del abdomen con herida del útero.

A los dos días del suceso nos refiere el practicante interno del servicio, que la recién nacida presenta una fístula que supuraba mucho, en la región glútea izquierda; examinamos á la pequeñuela y notamos con gran asombro que se trataba de una herida por arma de fuego; se explora hasta el fondo no tocándose cuerpo metálico; se toman dos radiografías de la niñita, siendo negativas, y el jefe del servicio practica radioscopias de la madre y de la hija, no logrando tampoco localizar el proyectil.

Instigados por la curiosidad, hacemos un cuidadoso interrogatorio á la madre y nos cuenta que pocos días después del parto encontró entre las ropas de su cama una bala de plomo, que al examinarla resultó ser de calibre 38 largo, con señales manifiestas de haber sido disparada, untuosa al tacto y con una pequeña aplastadura en su parte anterior.

Hasta entonces nos venimos á dar cuenta cabal de lo que en realidad había pasado á nuestra enferma.

Procedimos á examinar la ropa que la paciente llevaba el día de su ingreso y notamos que todas las piezas presentaban un solo agujero producido por el paso del proyectil.

Indudablemente, la bala penetró en el útero y queda en hipótesis la herida de la niña. O fué herida *in útero* y la bala rebotó á la misma cavidad uterina de donde salió después por las vías naturales de la madre, ó la niña salió con el pro-

yectil en la región glútea, cayendo después entre la ropa de su progenitora.

De cualquiera manera que haya sido, el caso es curioso y además el estado de gravidez de la madre indudablemente salvó al intestino de infinidad de perforaciones que hubieran producido la muerte de la madre. (*Juventud Médica de Guatemala.*)

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

BIBLIOTECA CLÁSICA DE MEDICINA ESPAÑOLA

TOMO I

EL LIBRO DE LA PESTE

POR

LUIS MERCADO

PRÓLOGO DEL DR. MARISCAL

ÍNDICE

ESTUDIO PRELIMINAR

I. Preámbulo, pág. 9; II. Escasez de datos biográficos que acerca del Dr. Mercado existía. Breves noticias que debíamos á Du Chastel, Nicolas Antonio, Hernández Morejón y Pedro Jordán, pág. 11; III. Lo hallado por nosotros. Intervención del Dr. Mercado en las enfermedades de doña Ana de Austria y del príncipe D. Felipe. — El Dr. Mercado y el Dr. Valles en desacuerdo. — Andanzas de uno y otro por tierras de Castilla, acompañando al Príncipe de Asturias, pág. 14; IV. Enfermedad y muerte de la Reina doña Margarita de Austria. — Son culpados los médicos de Cámara de su triste fin. — Consecuencias y deducciones, pág. 19; V. El doctor Mercado pronostica con mucha anticipación la muerte del Rey D. Felipe II. — Destino de algunos de sus hijos. — El oidor D. Luis de Mercado. — Su bizarría y brillante carreral. A quién se debe la relación de la enfermedad y muerte del ilustre médico de Cámara de los Felipes. — Inexcusable descuido á este respecto de bibliógrafos é historiadores. — Elogios de escritores contemporáneos suyos nacionales y extranjeros que dan mucha luz sobre su oscura vida privada. — Fisonomía moral del Dr. Mercado. — Su muerte edificante y santa, pág. 23; VI. Confirmación de muchos de los extremos apuntados por nosotros, merced á documentos hallados en los Archivos de Valladolid y Simancas por varios investigadores. — Fecha exacta de la muerte de Mercado y lugar de su sepultura. — Se le complica en el proceso de D. Rodrigo Calderón. — Criminal insipiente de algunos profesores coetáneos suyos. — Rectificación de varias fechas relativas á salientes acontecimientos de su vida. — Sus apellidos paterno y materno, y puntos de donde eran originarios, pág. 31; VII. Dónde hizo sus estudios y extraño juramento previo que se le exigía en Valladolid para doctorarse. — Su numerosa prole. — Partidas de bautismo y aclaraciones que éstas nos permiten. — Por no estudiar sus obras, no se ha entendido un pasaje de Jordán. — Mercado curador de su hacienda, ó *Minerva non obstat Hermæ vel Mercurio*, ó se puede ser sabio y rico, y dirigir bien su casa. — Mercado catedrático, médico de Cámara, protomédico general de España y del Consejo de S. M. — Su jubilación como catedrático y honrosos términos con que se le concede. — Puntualidad con que ejerció sus cargos oficiales, algunos hasta meses antes de morir, pág. 35; VIII. Epoca en la cual dió comienzo á la publicación de sus obras. — Nuestras investigaciones difieren en este particular de lo que indican von Haller y Nicolás Antonio. — Últimas obras que se le pueden atribuir. — Su dolorosa agonía. — Los cálculos son el tributo que pagan á la naturaleza los hombres estudiosos. — La cátedra de Mercado en la derruida Uni-

versidad vallisoletana, pág. 39; IX. Cuantioso número de sus publicaciones. — Ciudades donde se editaron las obras completas y tomos de que constan. — La edición *princeps* de dichas obras salió de las prensas matritenses. — Silencio que guardan con respecto á ella todos los escritores. — Ediciones de Valladolid, Venecia y Francfort. — Mercado impresor y editor de sus libros, y largueza con que el Rey proveye á estas nuevas necesidades. — Obras sueltas y por mandato soberano. — Mercado es el precursor de muchas ciencias y especialidades. — Sabios extranjeros que adoptan sus doctrinas, pág. 42; X. Notables particularidades que en las obras de Mercado se hallan. — El carácter de la orina por sí sólo no es signo pronóstico infalible. — Marciano y De Haen propugnadores de tan cuerda observación. — Antonio De Haen acusa al famoso Van Swieten de plagio de Mercado. — Descubre, estudia y da nombre á la intermitente pernicioso. — Causas y variedades de ella. — Admirable cuadro sintomático de una de sus formas, pág. 53; XI. Mercado precede á Hoffmann con sus prudentes reflexiones sobre las enfermedades hereditarias. — Sus originales consultas y, principalmente, cabal estudio del garrotillo. — Coincidiendo con Luis de Toro, describe por primera vez en Europa la fiebre maligna ó «tabardillo». — Aparición de esta terrible enfermedad en el siglo XVI, y causas á que es atribuida. — Profundas consideraciones filosófico-médicas á que, para deleite del lector, se entrega Mercado en el prefacio de su hermoso libro. — ¿Es nueva enfermedad? ¿Es padecimiento de que no había memoria? — Sintomatología *ne varietur* que asigna Mercado á la tifoidea, pág. 57; XII. Visicitudes por que pasó el libro de la Peste hasta terminar en el que reimprimimos ahora. — Edición latina y su primer esbozo. — Primera, segunda y tercera edición española. — Ignorancia en que se encontraban los bibliógrafos sobre algunas de estas ediciones. — Horrible peste que se padeció en España el año 1599. — Profetízala una nieta de Bernardino Montaña de Monserrat. — Altercados entre los médicos acerca de aquella. — Manera que tuvo el Rey de cortarlos. — Dislate en que incurre Villalba, y que transcribe y hace suyo Morejón. — Ejemplares conocidos de cada una de las cuatro ediciones publicadas en Madrid del libro de la Peste, y extraordinaria rareza de algunos de ellos, pág. 64; XIII. Geniales anticipaciones contenidas en el libro de la Peste. — Claro concepto que el Dr. Mercado tenía del contagio. — Al César lo que es del César y lo que es suyo á Porcell. — Nuevo toque al escolástico *distinguo* sobre si es contagio ó es epidemia. — Le era conocida la acción germicida del aire. — Tres curiosas observaciones de Mercado, pág. 74; XIV. Dos pruebas de la fama universal de que gozó en vida Mercado. — Se editan obras suyas en Francfort y Padua. — Elogios de colectores y editores. — Cómo le han honrado las más grandes figuras de la Medicina nacional y extranjera. — Sus detractores ú *Ogni medaglia ha il suo rovescio*. — Virulenta diatriba de un mal patriota. — Mercado es «El Príncipe de los médicos españoles». — No ha habido médico más grande ni escritor más fecundo desde Hipócrates á nosotros. — Inexplicable olvido en que se le tiene. — Deberes hacia él de los Poderes públicos. — La madre se glorifica en sus hijos, pág. 80; Notas, comentarios y aclaraciones de algunos puntos tocados en el estudio preliminar, pág. 95; Notas explicativas de las estampas que, para mayor inteligencia del texto, figuran en el estudio preliminar, pág. 135; Libro en que se trata con claridad la naturaleza, causas, providencia y verdadera orden y modo de curar la enfermedad vulgar, y peste que en estos años se ha divulgado por toda España, pág. 151; Cédula Real, pág. 153; Al lector, pág. 155.

(Se continuará.)

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.

Comunicación importante.—Desahogos veraniegos.

Por el Ministerio de la Gobernación se ha comunicado al de la Guerra la importantísima Real orden que en otro lugar de este número verán nuestros lectores, por la que se tiende á establecer una acción conjunta para el empleo de los medios profilácticos de que pueda disponer la Administración pública en los diferentes departamentos, con objeto de hacer frente á las posibles contingencias de infecciones epidémicas en nuestro ejército expedicionario de Africa y de su remoto peligro para península.

Habituadas las gentes á que ciertas prevenciones no se tomen en nuestro país *sino cuando truena*, han interpretado la previsora y plausible disposición ministerial como indicio de existir ya las infecciones epidémicas que pretende juiciosamente evitar; por fortuna nos consta que *hoy por hoy* carecen en absoluto de fundamento tales caprichosas y medrosas interpretaciones. En nuestro amado ejército no existe epidemia alguna, aparte de los casos de paludismo, que por la naturaleza del teatro de la guerra es sabido que vienen produciéndose hace tiempo.

Bajo otro aspecto ha dado lugar á comentarios la Real orden á que venimos refiriéndonos y es el de si significará intromisión ó acción complicada respecto á la expedita, incondicional y suficiente que tiene y debe tener nuestro brillante Cuerpo de Sanidad Militar. No hay ni puede haber nada de eso; además de que sería innecesario y contraproducente todo auxilio que llevase en sí semejante pretensión, ni nadie puede aspirar á ello ni quien debe había de consentir tales innecesarias y peligrosas complicaciones. Lo que sucede y á lo que la disposición ministerial ha querido atender por lo visto, es que los medios de que por fortuna disponíamos, no todos estaban en manos del Ministerio de la Guerra, y el de la Gobernación se ha apresurado á ofrecérselos en forma eficaz, para su inmediato aprovechamiento.

Tres son los orígenes de recursos de que el ejército podría disponer en las necesidades sanitarias de nuestra campaña. El Cuerpo de Sanidad Militar, los recursos de material y personal de que puedan disponer los otros departamentos y la contribución caritativa social, principalmente representada por

la Cruz Roja; pero entiéndase bien que para la eficaz acción y provecho de estos elementos, todos valiosísimos, es necesario que se les someta á la acción y disciplina de conjunto del único organismo que lógicamente puede llevar la dirección y con ella la responsabilidad de la gestión sanitaria, la campaña, es decir, *de la Sanidad Militar, y en sus casos de la de la Armada.*

No sabemos si por moda, por acción desperezante del calor sobre el ocioso espíritu de algunos ó por otras causas, que aunque se nos alcancen no creemos oportuno tomar en cuenta, han dado algunos colegas en abrir campaña de acusaciones embozadas y cargos caprichosos contra EL SIGLO MEDICO y el pobre *Decio Carlan*. Si á todas estas cosas contestáramos con la amplitud que, por lo visto, desean los autores de los inocentes alfilerazos, robaríamos á nuestros lectores un espacio que debemos respetar en provecho suyo para mejores y más sustanciosas cuestiones, que los *tiquis miquis* en que se recrean nuestros candorosos acusadores. Pero algo nos importa decir, para cortar por lo sano campañas insidiosas contra las que estamos defendidos por nuestra personalidad y por nuestra historia, y es esto: *«que EL SIGLO MEDICO siempre, y su director ahora, han odiado y combatido todos los caciquismos y no tienen por qué cambiar de conducta y ser instrumento incondicional de un nuevo caciquismo que intenta organizarse dentro de una institución que el mismo SIGLO MEDICO y Decio Carlan han contribuido á consolidar y á defender, y que defenderán siempre mientras ella se limite al alto fin para que fué creada, es decir, á defender los intereses colectivos sin inmiscuirse en cosas que le son ajenas y en querer gobernar á los médicos como á un rebaño inconsciente»*. Por lo demás, el favor inverosímilmente creciente del público nos dice, mejor que otra cosa, que no estamos equivocados, y si ese favor pudiera ser el motivo de ciertos enojos, lo sentimos... pero no lo podemos llorar.

DECIO CARLAN.

SOBRE EL RETRATO DE LUIS MERCADO

Sr. Dr. D. Nicasio Mariscal.

Muy señor mío: Acabo de leer en EL SIGLO MEDICO su sugestivo estudio identificando al médico del Greco con el Dr. Mercado.

Lo he leído con gusto y con agradecimiento al ver que alguien ha respondido á la excitación que en el prólogo del libro *Retratos del Museo del Prado* hacíamos mi amigo Juan Allende-Salazar y yo: «Con efusión deseamos y buscamos que se nos rectifique, y nosotros mismos procuraremos rectificarnos sin descanso. El enunciado de un error puede ser camino de la verdad y aun la misma equivocada identificación origen de un esclarecimiento».

Cuando comencé á leer sus notas creí hallarme en el feliz caso previsto.

Una observación preliminar. Descarto por improbable la identificación del *médico* del Greco con el retratado en la Biblioteca Nacional, sea éste quien fuese—son de interés las dudas que acerca de su personalidad suscita usted—. No sólo «con toda clase de reservas» enunciábamos la identificación, sino que á vueltas de varios distingos, la proponíamos como «posibilidad con asomos de probable»; es difícil hallar una fórmula menos afirmativa. Es una de las papeletas incluidas en la obra á conciencia de su escasa firmeza, como súplica de inmediata rectificación. Con complacencia anoto que usted coincide con nosotros en señalar la edad representada por el Dr. La Fuente y en interpretar el retrato del Greco como el de quien explica ó comenta un texto.

Acerca del análisis de diferencias fisionómicas nada he de objetar; me parece acertado. Sólo habré de advertirle que al revisar retratos antiguos se encuentran muchas veces dos ó más seguros de una misma persona con mayores divergencias que las que en este caso usted certeramente denuncia—aunque no sean retratos pintados por el Greco,—y sí por otros artistas más esclavos del natural.

Dejando á un lado lo que precede, vamos á lo verdaderamente importante: ¿Puede ser el *médico* del Greco el Dr. Mercado?

En mi concepto, y permíname la franqueza, antes de admitirlo es preciso probarlo con más firmes razones.

Sus argumentos parece que no dejan resquicio á la duda. A la galanura del estilo, á la inventiva y á la habilidad dialéctica, se une la más firme convicción, pues declara habersele disipado «el más pequeño escrúpulo»—si usted me lo permitiera le aplicaría el texto del Apóstol de la India que en su trabajo esgrime.

Examinaré lo más brevemente que pueda las razones por usted aportadas en abono de la identificación propuesta.

La fecha dada por Cossío al *médico* coincide con el S. Mauricio, época en la que el Greco «dejaría su residencia de Toledo y se pondría en contacto con la Corte» y en la Corte retrataría al Dr. Mercado que era en ella personaje de cuenta. Mas, según usted mismo advierte, pudo también retratarle en Toledo. Todas éstas son hipótesis razonables que no se apoyan más que en la verosimilitud, y... en la razón que sigue, que parece ser el argumento de más fuerza.

El retrato procede de la colección regia; dos médicos brillaron en la Corte en el último cuarto del siglo XVI: Valles y Mercado; es así, que de Valles conocemos

retrato, luego «tiene forzosamente que ser el segundo». Sospecho que la mera dialéctica queda aquí mal parada. A nadie convencerá el dilema, que para estar bien construido precisaba que fuesen indudables dos cosas: 1.ª, que el retratado por el Greco es un médico de la Corte, de cabecera del Rey; 2.ª, que sólo Valles y Mercado fueron entre los contemporáneos del Greco catedráticos y médicos palatinos. No tengo á mano elementos para poder discutir el segundo término—recuerdo que fué médico de Felipe II un Dr. Vitoria—. Más para afirmar lo primero, se carece en absoluto de fundamento.

Veámoslo: por una fascinación muy explicable, creyó usted que el dato de la procedencia del Alcázar de Madrid, del lienzo del Greco, era decisivo, y que demostraba que el retrato estaba en Palacio, por razón del recuerdo personal. Pero no hay nada de esto.

Figura el cuadro, como dijimos y usted puntualmente recoge, en el inventario de 1686, en la galería del Cierzo del antiguo Alcázar madrileño. Es hecho incontrovertible. Pero, tampoco es menos cierto que no aparece asentada esta pintura en los inventarios palatinos que precedieron al de 1686—mejor dicho, al de 1666 que le antecede,—se hicieron dichos inventarios en 1636, 1621-3, y 1598-1600: en ninguno de ellos se ve mención del *médico* del Greco, ni de otro cuadro que con él pudiera confundirse; ni, desde luego, se inventaría ningún retrato del Dr. Mercado. Es decir, que no cabe duda alguna que el lienzo en cuestión entró en el Palacio de Madrid en el reinado de Felipe IV, después de 1636, muy probablemente por intervención de Velázquez, y de seguro, que pura y simplemente por motivos artísticos, como los demás grecos por entonces adquiridos (1). No cabe tampoco suponer que el lienzo se hubiese trasladado á Madrid de alguno de los sitios Reales, por que asimismo, no aparece en los inventarios de Valladolid, 1615; Pardo, 1617; Escorial, etc.

De todo esto puede convencerse usted, si á mi regreso á Madrid—hacia el 15 de Octubre—quiere honrarme con su visita en el Centro de Estudios Históricos ó en el Museo del Prado, donde podré enseñarle sendas copias completas de todos los inventarios palatinos desde 1555 á 1833: los originales se conservan en el Archivo del Real Palacio y son también consultables.

Con lo dicho, espero que algún escrúpulo turbará su convicción.

Como esta carta es interminable, procuraré abreviar.

Sospecho que á nadie convencerá el medallón de San Carlos, que deploro no lo haya reproducido por fotografía. Confieso su semejanza con el retrato del Museo: mas es un parecido que no me hace gran fuerza. Obra de un tiempo de muy escaso primor en los estudios iconográficos, en tanto no se conozca su original creo prudente no hacer demasiado hincapié en su valor de documento. Tal vez entre los papeles de la obra pueda darse con un indicio de su procedencia; valdría la pena buscarlo. El argumento de la fidelidad con que

(1) Es idea antigua y ya abandonada por inconsistente, la de que el Greco, sobre todo, como pintor de retratos, no fué apreciado hasta los tiempos modernos.

el escultor reprodujo retratos de médicos conocidos, no es decisivo, pues puedo comprobar que el de Valles es una interpretación demasiado libre del antiguo, incluso le puso unos bigotes «muy siglo XIX». Advertiré, además, de memoria—pues estoy alejado de libros,—que no creo que se conozcan retratos contemporáneos é indudables de Villalabos y de Servet.

Queda, por fin, un último extremo, que es por caso el primero que usted señala: «los diseños intercalados en el libro de los Algebristas». No me explico, ni sé deplorar bastante, cómo usted no publica reproducción de alguno. Es posiblemente el único documento fidedigno y con cierto valor para la identificación. Es muy probable que dados esos dibujos tenga su hipótesis una base firme, que hoy—lo confieso ingenuamente—no veo por ningún lado.

Esperando que perdone este atrevimiento inspirado por el amor á la verdad y á la investigación, y por la gratitud hacia usted que tan amablemente leyó é impugnó una de las papeletas del libro en el que ya tantas cosas tenemos que rectificar; y deseando que prosiga dedicándose á estos estudios en que tan pocos somos y donde para todos hay campo ilimitado, aprovecha la ocasión para ofrecerse á usted, su admirador y s. s. q. e. s. m.,

FRANCISCO JAVIER SÁNCHEZ CANTÓN.

Pontevedra, 26 de Agosto de 1921.

INFORMACIÓN MÉDICA

POR

G. MARAÑÓN

Bodas de oro.

En los periódicos profesionales, sin ruido ni comentarios, leemos la noticia de que dos médicos de partido han celebrado sus bodas de oro con la profesión. Sus compañeros de distrito, sus amigos, los vecindarios enteros de sus pueblos han asistido á la sencilla ceremonia, y los venerables doctores han reanudado luego su vida de trabajo humanitario, aparentemente obscuro, pero lleno de eficacia y desinteresado amor á la humanidad.

Un sentimiento de profunda admiración hacia esos dos compañeros beneméritos nos hace coger la pluma, tantas veces empleada, tal vez, en comentar las vidas de otras gentes que derrochan en luces de bengala pasajeras la actividad que estos dos hombres han empleado en mantener durante cincuenta años, sin apagarse nunca, una sencilla, pero sagrada lámpara de aceite.

Cincuenta años ha que llegó para ellos el día inolvidable del fin de la carrera, en que la promoción, después de seis años de común labor, se dispersó por España, para empezar la lucha terrible por la vida. Entonces eran todos iguales en la esperanza y en la alegría. Después empezó la sedimentación de cada uno, en los distintos estratos de la vida profesional. Unos lograron alcanzar las llamadas cimas de la profesión en las grandes ciudades, recogiendo la efímera gloria del

triunfo y el provecho, mezclado con la esclavitud y las amarguras de una vida, quizá sólo por fuera envidiable. Otros se dedicaron al cultivo de la ciencia, donde al lado de las más puras emociones, crecen también las rivalidades más mezquinas y menos varoniles; otros se fueron tras el mito, más ó menos desinteresado, de levantar el nivel social de la clase; otros corrieron del pueblo á la ciudad, de la ciudad al campo, de la visita al laboratorio, del periódico á la oposición, sin encontrar nunca la sombra que les acogiese; otros se desviaron del camino médico y se fueron por el de la literatura, el de la política ó el del goce tranquilo de las rentas propias ó conyugales; muchos, en fin, murieron... Y, entretanto, estos dos hombres, verdaderos sacerdotes del bien, seguían un día y otro, año tras año, sin escenario ni público, en el rincón apartado, la faena formidable, sin una hora de tregua, sin inquietudes ni impaciencias que tantas veces ocultan la debilidad para el esfuerzo; sin otra ambición que el cumplir cada día con el durísimo deber.

Pero no existiría esa justicia de las almas, que nada tiene que ver con la que los hombres han inventado para administrársela á su gusto, si esos dos compañeros nuestros no sintieran ahora, ante el sencillo y conmovedor homenaje de los suyos, una plenitud de paz y de orgullo de haber empleado dignamente la vida superior á la que proporcionan los títulos académicos, las cruces de Beneficencia, los cargos y los sueldos. Con estas líneas, llenas de afectuoso respeto, queremos contribuir á honrar la vida admirable de D. José Galligo médico de Sadaba, y de D. Jerónimo Rico, médico de Barajas de Melo.

(De *El Liberal*.)

PROBLEMAS SANITARIOS

LA CRUZ ROJA Y LA GUERRA

POR EL

DR. MARTÍN SALAZAR

Cuando llegan los tristes momentos de la guerra y se presenta la urgente necesidad de acudir al auxilio de los heridos y enfermos, que son la natural consecuencia de ella, se pone de relieve el abandono en que tenemos este problema vital de nuestra asistencia pública, que han resuelto ya, de una manera bastante perfecta, otros países.

Ni la Sanidad militar ni la Sanidad civil, con todos los elementos oficiales con que cuentan, son suficientes en ninguna parte del mundo para atender á las exigencias sanitarias extraordinarias de las guerras modernas y de las grandes epidemias. Una y otra necesitan el auxilio de la cooperación social, y esta cooperación se encuentra actualmente concentrada y organizada en todas las naciones por medio de la noble y filantrópica institución de la Cruz Roja.

Esta institución fué creada por la Convención internacional de 1864 y estableció en Ginebra su Comi-

té central, en relación con las Secciones particulares de cada país. Su misión era la de cuidar los heridos y enfermos víctimas de la guerra; servir de intermediaria entre la nación respectiva de una parte y el Ejército y la Marina de otra, con el fin de atenuar los sufrimientos físicos y morales que entraña la movilización de las tropas y la campaña; organizar en tiempo de paz un servicio nacional é internacional de socorros de todas clases para atender á las víctimas de las grandes catástrofes.

Así venía funcionando la Cruz Roja, con más ó menos fortuna, en los distintos países, cuando en 1919, terminada la gran guerra, se reunieron en Cannes, por iniciativa del presidente de la Cruz Roja Americana, mister Enry Davison, los representantes de las Sociedades francesas, británica, italiana y japonesa, para tratar y proponer á las Sociedades de la Cruz Roja un programa de acción más extensa y de sentido más científico y altruista en interés general de la Humanidad. A fin de ejecutar este programa se fundó en París, el 5 de Mayo de 1919, la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja, que después fué transferida á Ginebra y afiliada á la Sociedad de las Naciones. Esta Liga agrupa actualmente 30 Sociedades nacionales de la Cruz Roja, entre las cuales se encuentra España, y es dirigida por un Consejo de gobernadores, compuesto de 15 miembros, que convoca cuando menos cada dos años la reunión del Consejo general, formado por delegados de cada una de las naciones adheridas.

Dicha Liga tiene por objeto:

1.º Favorecer en todos los países del mundo el establecimiento de una organización nacional de la Cruz Roja, independiente y debidamente autorizada, que tenga por fin mejorar la salud, prevenir las enfermedades y atenuar los sufrimientos de todos los pueblos, asegurando á este efecto una mutua cooperación.

2.º Contribuir al bienestar de la Humanidad, sirviendo como intermediaria para poner al alcance, hasta de los países más pobres y atrasados, el beneficio de los progresos científicos y médicos ya conocidos, así como la aplicación de los que surjan en el porvenir.

3.º Constituir un organismo que coordine los esfuerzos de las obras de caridad y asistencia pública en casos de grandes calamidades nacionales ó internacionales.

Como se ve por este breve esbozo de la organización y fines de la Liga de Asociaciones de la Cruz Roja, ésta representa la institución social mas perfecta y extensa que existe hoy en el mundo para organizar socorros en casos de catástrofes ó epidemias; para sostener el interés general por las cuestiones relativas á la salud pública; para ayudar con sus medios á los servicios sanitarios oficiales, siempre insuficientes para atender á las grandes catástrofes; para difundir los conocimientos útiles referentes á la sanidad, y para asegurar la cooperación y coordinación de las organizaciones voluntarias que persiguen un objeto semejante al suyo.

En todas partes, menos en España, se ha hecho de la Cruz Roja un organismo poderoso de defensa social, puesto al servicio en caso de guerra, de los elementos

militares; y en época de paz y tiempos de epidemia, ofrecido a la ayuda de los recursos oficiales de la Sanidad civil. En algunos países ha llegado á tal grado su desarrollo y perfección, que, por ejemplo, la Cruz Roja norteamericana cuenta con 32 millones de miembros (uno por cada tres habitantes), comprende 11 millones de jóvenes (la Junior Red Cross), repartidos en 15.000 Secciones, y éstas agrupadas en 3.900 Capítulos; y es tan rica, que basta recordar que, con motivo de la última guerra, recibió en veinte meses 2.000 millones de pesetas. La Cruz Roja americana no se ha contentado con auxiliar á sus nacionales, sino que ha realizado en Europa numerosas obras en favor de los prisioneros, de los refugiados y de los habitantes de regiones devastadas por el hambre y las enfermedades. Así se comprende que el Dr. Davison y sus nobles colaboradores, que fueron los primeros que concibieron la fundación de la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja, expresaran su pensamiento, diciendo que con ella se proponían «librar al hombre de la miseria y hacer desaparecer el dolor en el mundo.»

Ahora bien; ¿qué razón hay para que la Sección española de la Cruz Roja no haya alcanzado aquella plenitud de desarrollo y esplendor que han conseguido las Secciones de la mayor parte de los países de Europa y América? ¿Es acaso que los españoles no somos capaces de aquellos sentimientos de altruismo y generosidad que son precisos para desarrollar debidamente esta noble institución, de carácter esencialmente cristiano y humanitario? ¿Es por ventura que las personas respetables que han estado y están al frente de ella no reúnen las condiciones debidas para alcanzar su ideal desenvolvimiento? Ni una ni otra cosa. Se trata sólo de un defecto ingénito de organización. Es que, en España, la Cruz Roja se ha olvidado que es, ante todo, una institución de carácter eminentemente social, por lo que es preciso dar cabida en ella á individuos de todas las clases sociales; que es necesario acudir preferentemente al reclutamiento de la juventud y de la niñez para educarlas en el amor al prójimo y en el ejercicio del bien; que urge ponerla más en contacto y relación con la Sanidad oficial, y atraer á su seno los médicos y farmacéuticos de todo el país, acudiendo á los Colegios Médicos y Farmacéuticos, que son los que representan hoy las clases sanitarias asociadas; que es indispensable crear más hospitales, dispensarios, ambulancias y material de todas clases, y un personal propio médico y no médico, bien instruido en el ejercicio de sus funciones y suficientemente numeroso para atender á sus múltiples cometidos; sobre todo el Cuerpo de enfermeras de los hospitales y el de enfermeras visitadoras, las cuales no deben hacer del título y del traje albo que visten una ostentación de vanidad, sino entregarse en cuerpo y alma, llegada que sea la ocasión, al ejercicio de la caridad y del bien.

Para obtener todo esto es preciso hacer en toda España una constante é intensa propaganda en favor de la institución y recoger fondos en abundancia para poderla dotar de todo lo necesario. Hay, en suma, que mover las almas con la excitación y el ejemplo; y en

este último sentido son muy de aplaudir la iniciativas de S. M. la Reina doña Victoria y la conducta de ciertas nobles damas, entre las que se destaca la inteligente, bizarra y bondadosa duquesa de la Victoria, que ha organizado en Melilla un hospitalito para la asistencia de los heridos, dando con su conducta un ejemplo de civismo digno de ser imitado.

En nuestra humilde opinión, en estos momentos emocionantes de la campaña de Marruecos, en que tan avivada se halla la sensibilidad nacional, son una ocasión excelente, como ninguna otra, para intentar por quien corresponda una vigorosa reorganización de la Cruz Roja Española. Las manifestaciones de generosidad y entusiasmo que por todas partes observamos en favor de ella merecen ser recogidas y utilizadas antes de que se desvanezcan como el humo en la atmósfera. Nosotros brindamos la iniciativa de esta reforma á las mismas personas que están hoy al frente de la institución, no pudiendo por nuestra parte hacer otra cosa que ofrecer nuestra colaboración personal y la de los elementos sanitarios que representamos.

COMUNICACIÓN

Habiendo observado este Juzgado municipal que en las partidas de defunción libradas por los médicos de ésta para la oportuna inscripción en el Registro civil, no se cumple con lo dispuesto en el Real decreto de 15 de Mayo de 1917, en su artículo 4.º, y no teniendo medios para impedir que se cometa tal infracción por la circunstancia de no admitir demora la inscripción en el Registro civil y consiguiente enterramiento, y al objeto de evitar se omita contribuir á un fin tan elevado como el del sostenimiento, instrucción y educación de los huérfanos, me mueve á ponerlo en conocimiento de ese Patronato para los fines procedentes; debiendo significarle además que con esta misma fecha se dirige otra comunicación análoga al Colegio de Médicos de Barcelona.

Lo que tengo el honor de comunicarle en cumplimiento de lo dispuesto en providencia de fecha de ayer.

Dios guarde á usted muchos años. San Feliu de Llobregat 26 de Agosto de 1921.—B. Camprubi.— Señor presidente del Patronato del Colegio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos, Madrid.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

INSPECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

REAL ORDEN Á GUERRA

Excmo. Sr.: Aunque dado el celo extraordinario desplegado por ese Ministerio y la competencia científica notoria del Cuerpo de Sanidad Militar, es seguro que se han de tomar en la zona de Melilla todas las medidas higiénicas necesarias para evitar la propagación de cualquiera enfermedad infecciosa á la población civil de la península, cumple á este Departamento comunicar á V. E. las informaciones que la Inspección General de Sanidad tiene sobre el estado sanitario de las zonas limítrofes á Marruecos, y el de las distintas regiones españolas que, con motivo del envío de tropas á Melilla desde todas las provincias, se hallan en relación constante de cosas y personas con dicha plaza.

Por conducto del Ministerio de Estado y por informaciones especiales directas de nuestros cónsules en el extranjero

ro hay en la Inspección General noticias de que en el interior de Marruecos, así en la zona francesa como en la de nuestro protectorado, existen focos endémicos y epidémicos de tifus exantemático; y otros, aunque más raros, de peste bubónica en Argelia y en algunos otros sitios del norte de Africa, que recuerdan los que hemos padecido en otras ocasiones en la zona de Larache y Tetuán.

Como las continuas relaciones con el enemigo y la reintegración de prisioneros que hayan residido en lugares infectados pueden ser causa de que el tifus exantemático se propague á las tropas y de éstas á la población civil de Melilla y de la península, se hace necesario prestar una gran atención al despiojamiento de cosas y personas que procedan de sitios sospechosos, y, sobre todo, á los heridos y enfermos que se repatrien á la península, los cuales deben ser cuidadosamente despiojados antes de embarcar en el puerto de Melilla, si se ha de ser radical en la verdadera profilaxis contra el tifus exantemático.

También conviene estar advertidos de la posibilidad de que surja un foco de peste bubónica entre las tropas, por la relación directa ó indirecta que puedan tener con gérmenes procedentes del interior de Marruecos, donde existe esta enfermedad en forma endémica.

Es además problema fundamental sanitario de las tropas que operan en Melilla, el de la vacunación antitifoidea de todas las fuerzas que llegan á aquella plaza, antes que entren en operaciones militares que por el alto mando se proyectan, con el fin de evitar que las fiebres tifoideas hagan estragos entre las fuerzas expedicionarias, las cuales causarían gran número de bajas y ocasionarían enormes gastos, evitables con solo cumplir con rigor este precepto higiénico acreditado por la experiencia de la gran guerra europea en todos los ejércitos combatientes.

Por otra parte, la vacunación de las tropas contra la fiebre tifoidea previene á la población civil de una segura invasión de esta enfermedad, transmitida por medio de los convalecientes á individuos sanos portadores de gérmenes que vinieran á la península, los cuales extendiéndose por todas partes darían lugar, seguramente, á infinidad de focos endémicos de tifus abdominal.

En cuanto á la viruela, este Ministerio ha dispuesto la vacunación antivariólica de toda la población civil de Melilla, para que no pueda ser causa de propagación de esta enfermedad al ejército.

Otro peligro de la salud de las tropas de Africa, es el de la disenteria bacilar que existe en algunos puntos de Galicia, procedente de Portugal, y la disenteria amebiana que es endémica en algunas regiones de Marruecos.

Es, por último, objeto de gran preocupación de la Inspección General de Sanidad, el riesgo que representa para la nación la repatriación de los soldados afectados de paludismo, si, como es costumbre, son importados sin curar y con gérmenes palúdicos en la sangre, capaces de transmitir el mal á las comarcas donde vengán á parar por inútiles ó en uso de licencia temporal. El abandono en este punto, ha hecho que desde la campaña de 1909 se haya extendido y agravado la plaga de paludismo en España, por la importación de enfermos procedentes del ejército de Marruecos, portadores de gérmenes de malaria muy virulentos, y es de temer que ahora se agrave considerablemente este mal si no se ponen en práctica las medidas de rigor que la ciencia aconseja para evitar la transmisión del paludismo de las tropas de Africa á la población civil.

Cuando comiencen las próximas lluvias otoñales en Marruecos, se desarrollará con gran intensidad el paludismo entre las tropas, siendo seguramente la enfermedad que cause más bajas en las filas del ejército; y si se sigue el antiguo régimen de repatriar rápidamente y sin curar por completo á los enfermos palúdicos, pronto se verán disminuir los contingentes de los Cuerpos, y se llenará la península de palúdicos que propaguen la enfermedad á las muchas regiones de España donde por su temperatura viven bien los mosquitos del germen anofeles, que son los transmisores del mal. En cambio, si se organizara en Melilla y en las demás zonas militares de Marruecos, campamentos sanitarios para enfermos de paludismo, situados si puede ser en sitios altos donde no se críen los mosquitos, y se someten los enfermos á un tratamiento intensivo bien dirigido por medio de quinina, con la condición de no repatriar á ningún individuo sin que el examen microscópico de la sangre demuestre la ausencia absoluta de gérmenes palúdicos, podríamos tener la seguridad de evitar la propagación del paludismo á la península, á la vez que los enfermos curados en los campamentos podrían

reintegrarse rápidamente á las tropas combatientes con gran beneficio para las operaciones del ejército, que está interesado ante todo en mantener el contingente efectivo de sus unidades orgánicas, por reintegración de los individuos curados en los hospitales y sanatorios.

Por si alguna de estas indicaciones pudiera ser útil á la sanidad del ejército, S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer se comunique á V. E. á los fines que procedan; y que si por exceso de las necesidades sanitarias del ejército no fueran suficientes las fuerzas del inteligente y abnegado Cuerpo de Sanidad Militar para atender á los servicios que se relacionan con la prevención á la población civil de las enfermedades infecciosas que puedan desarrollarse entre las tropas, puede V. E. contar con los elementos de personal y material de la Sanidad general de este Ministerio, que colaboraría muy gustosamente con la Sanidad Militar en la obra patriótica común de defender la salud pública de nuestro país.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos oportunos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 5 de Septiembre de 1921.—*El Conde de Coello*.—Señor ministro de la Guerra.

CIRCULAR

La actual epidemia de cólera en Rusia reviste tales caracteres de gravedad, que los países vecinos se aprestan á la defensa para evitar posibles invasiones del mal en sus respectivos territorios. Ante semejante riesgo para la salud pública del nuestro, multiplicado por la rapidez con que hoy se salvan las grandes distancias, así por vía marítima como por la terrestre, para el transporte de viajeros y mercancías, susceptibles de contener y transmitir gérmenes coléricos; y en debida garantía de la salud nacional,

Esta Inspección general ha tenido por conveniente disponer:

1.º Que los barcos procedentes de puertos de Rusia ó de cualquier otro infecto de cólera no se admitan en nuestras Inspecciones locales ó puertos habilitados, sino que deberán ser despedidos á una de las estaciones sanitarias más próximas.

2.º Que dichos barcos sólo sean admitidos en aquellas estaciones que cuenten con los elementos necesarios para sufrir en ellas el régimen sanitario correspondiente.

3.º Que se extremen cuantas prevenciones reglamentarias y demás disposiciones en vigencia tengan relación con la defensa contra el cólera, especialmente las que afectan á la vigilancia y á la visita médica de viajeros, debiéndose tener en cuenta, al practicarla, el positivo peligro de contagio que representan los portadores de gérmenes y la aguada de los barcos.

4.º Que se dé cuenta inmediatamente á este Centro, por el medio más rápido de que se disponga, de la llegada á los puertos de barcos procedentes de puntos sucios por cólera, detallando su historia sanitaria y circunstancias del mismo carácter que en él concurren, indicando el grupo en que deba ser incluido el caso de que se trate y el régimen correspondiente al mismo, para lo cual bastará con citar el número del grupo y el del artículo referente á su régimen, debiéndose exponer siempre la resolución razonada que el caso ofrezca al jefe de la dependencia.

5.º Para la importación de mercancías se aplicarán con todo rigor las prescripciones contenidas en el capítulo XVII del Reglamento vigente de Sanidad exterior.

6.º Estas mismas prevenciones se recomiendan á las estaciones sanitarias de las fronteras terrestres en cuanto á ellas tengan aplicación, de conformidad con las disposiciones vigentes.

Madrid, 29 de Agosto de 1921.—El inspector general, *Manuel M. Salazar*.—Señores directores de estaciones sanitarias de puertos y fronteras terrestres. (*Gaceta* del 31 de Agosto.)

MINISTERIO DE LA GUERRA

REAL ORDEN CIRCULAR

Excmo. Sr.: A fin de atender debidamente las necesidades sanitarias de las tropas, especialmente las del Ejército de operaciones, y en vista de las actuales circunstancias,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer lo siguiente:

1.º Mientras no se organiza de un modo definitivo el Cuerpo subalterno de Sanidad Militar (odontólogos, practicantes de Medicina y Cirugía y practicantes de Farmacia), como caso excepcional y por su urgencia se crean 100 plazas de practicantes profesionales del Ejército, auxiliares del Cuerpo de Sanidad Militar, con objeto de ser destinados desde luego á prestar servicio en las unidades del Ejército de Africa, y que en su día habrán de constituir la base del Cuerpo auxiliar de referencia.

2.º Para provistar dichas plazas se convoca á un concurso-oposición al objeto de asignar la mitad de las mismas á practicantes con título y la otra mitad á las clases é individuos de tropa que, sin tenerlo, sean ó hayan sido practicantes sanitarios de las Comandancias de tropas de Sanidad Militar. La edad mínima para tomar parte en la convocatoria será la de veintidós años cumplidos ó por cumplir en el transcurso del corriente, y la máxima no haber cumplido los treinta y cinco.

Podrán asimismo tomar parte en el concurso las clases é individuos de tropa de cualquier Cuerpo y Arma que estén en posición del repetido título.

3.º La selección de los practicantes con título se llevará á cabo mediante una oposición compuesta de dos ejercicios, uno teórico y otro práctico, cuyos programas son los que al final de esta oposición se insertan.

Para las plazas que se han de adjudicar á los practicantes sin título de las Comandancias de tropas sustituirá al ejercicio teórico el estudio de los antecedentes personales, méritos que consten en las filiaciones é informes detallados que de los aspirantes darán sus jefes respectivos al cursar las instancias.

4.º El ejercicio práctico será obligatorio para todos, y los mismos Tribunales serán los que lleven á cabo la censura de unos y otros.

5.º Se constituirá en Madrid un Tribunal formado por el director de la Academia médico-militar, como presidente; el segundo jefe de la Comandancia de tropas de Sanidad Militar, vicepresidente; un comandante médico del Hospital militar de Madrid-Carabanchel y un profesor y un ayudante de la expresada Academia, vocales, actuando además este último como secretario.

Ante este Tribunal se examinarán todos los solicitantes, menos los que residan ó presten servicio en los territorios de Ceuta, Larache y Melilla, para los que se constituirá en cada una de dichas tres zonas un Tribunal de composición análoga al de Madrid, el que se pondrá de acuerdo con aquéllos á fin de establecer un régimen equitativo de puntuación en las censuras.

6.º Las instancias en solicitud de tomar parte en la convocatoria se dirigirán al coronel médico director de la Academia de Sanidad Militar ó á los jefes de Sanidad Militar de los territorios citados, según los casos, y á ellas acompañarán los interesados sus títulos y documentos justificativos de sus conocimientos y prácticas profesionales. Los aspirantes que se encuentren sirviendo en el Ejército cursarán las instancias por conducto de sus jefes respectivos, quienes unirán á ella copias de sus filiaciones y los informes correspondientes.

7.º El primer ejercicio de las oposiciones, en esta Corte, tendrá lugar en el local de la Academia Médico-Militar, y el segundo en el Hospital Militar de Carabanchel. En las plazas de Africa serán en los locales y Hospitales que los comandantes generales designen.

8.º Se da un plazo de veinte días, á partir de la publicación de esta convocatoria en la *Gaceta de Madrid*, para pre-

PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).

CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

sentar las instancias, pudiendo hacer la de los documentos justificativos durante todo el tiempo que duren los ejercicios, en cuyo caso se hará constar así en las respectivas solicitudes.

Cuatro días después de transcurrido el plazo fijado para la presentación de instancias dará principio el reconocimiento y ejercicios, quedando eliminados de tomar parte en éstos los que presenten lesiones ó afecciones comprendidas en el cuadro de inutilidades de 1.º de Febrero de 1879. La máxima duración total de los ejercicios, incluido el reconocimiento, será de diez días, y terminados, los Tribunales remitirán á la Sección de Sanidad de este Ministerio la relación de los aprobados por orden de censuras, con separación de los practicantes con título y los militares que no lo tienen, y expresando por nota respecto de éstos los méritos acreditados de cada uno. Entre los que tengan igual censura serán preferidos los de más edad.

9.º Por la Sección citada se hará la designación de los 100 mejores censurados, 50 por grupo, para que de Real orden sean nombrados practicantes militares de Medicina y Cirugía, quedando los aprobados sin plaza, si los hubiere, con derecho á cubrir las vacantes que vayan ocurriendo hasta una nueva convocatoria.

A fin de evitar queden sin cubrir las 100 plazas en el caso de que no hubiese número suficiente de aprobados en uno de los grupos para designar los 50 que se le asignan, las plazas sobrantes serán cubiertas con aprobados de otro grupo.

10. Estos practicantes dependerán directamente de la Sección de Sanidad, la que los empleará con los destinos para lo que son creados, con sujeción á la legislación vigente en la materia que afecta á los Cuerpos subalternos auxiliares.

11. Este personal no tendrá asimilación á categoría militar alguna, pero será subordinado de la jurisdicción de Guerra y le comprenderán los preceptos de la Reales Ordenanzas y del Código de Justicia Militar.

12. Usarán el mismo uniforme que los jefes y oficiales del Cuerpo de Sanidad Militar, sin divisa alguna, llevando por emblema en el cuello de la guerrera y en la gorra los ramos de oliva entrelazados y en el centro las iniciales P. M., todo ello bordado en oro.

El sueldo inicial de ingreso será de 3.000 pesetas, y se aumentará progresivamente por quinquenios hasta llegar á 6.500.

13. La edad para el retiro y los derechos pasivos para ellos y sus causahabientes serán los que se fijen al crear definitivamente el Cuerpo.

14. Se les aplicará la legislación que esté en vigor á los fallecidos en campaña ó de resultas de sus heridas.

15. Tendrán obligación de saludar á todos los generales, jefes y oficiales del Ejército, y á su vez serán saludados por las clases é individuos de tropa de Sanidad Militar.

16. Obtendrán las recompensas á que en paz ó en guerra se hagan acreedores, en armonía con lo legislado para los Cuerpos subalternos auxiliares del Ejército.

17. Se equiparán á los derechos que tengan en el Ejército sus similares de otros Cuerpos subalternos en todo lo referente á licencias, alojamientos, transportes (cuando sean por cuenta del Estado), beneficios que voluntariamente les concedan las Empresas ferroviarias con arreglo al sueldo que disfruten, aplicación del Reglamento de demente, así como derecho á servicio de farmacia y asistencia médico-quirúrgica en los Hospitales Militares.

18. En los Cuerpos armados y Establecimientos militares estarán subordinados y dependerán directamente del primer jefe de los mismos en todo lo que se refiera al desempeño de su servicio, si bien los detalles propios de su cometido se desarrollarán bajo la dirección de los jefes y oficiales médicos en ellos destinados.

19. En los Hospitales Militares realizarán el servicio con forme se disponga por el director del Establecimiento y por los jefes de la Clínicas respectivas.

20. Por regla general se procurará que hasta los cuarenta y cinco años de edad presten sus servicios en unidades armadas y después en los Hospitales.

21. Los que hayan obtenido plaza sin título de practicante por haberlo sido en las Comandancias de tropa de Sanidad Militar se comprometen á adquirir y presentar aquél en el término de cinco años, contados á partir de la Real orden de su nombramiento. Los que no llenen este requisito serán baja en el Cuerpo, sin opción á percibir derecho pasivo alguno.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 3 de Septiembre de 1921.—Cierva.—Señor...

PROGRAMA QUE SE CITA

Lección 1.ª

Constitución del organismo humano.—Partes principales de que consta y su referencia con ejes y planos que favorezcan su estudio.

Lección 2.ª

Huesos que constituyen la cabeza y manera de articularse recíprocamente para formar el cráneo y cara.

Lección 3.ª

Aparatos sensoriales que radican en la cabeza.—Ideas elementales respecto al funcionamiento de los cinco sentidos.

Lección 4.ª

Forma y constitución anatómica del tórax.—Huesos que lo integran, músculos, vasos y nervios importantes de sus paredes.

Lección 5.ª

Breve noción de los órganos del aparato respiratorio contenidos en el pecho.—En qué consiste y cómo se realiza la respiración.

Lección 6.ª

Idea general del aparato circulatorio y enumeración de los grandes vasos aferentes y eferentes al corazón.—Esquema de la circulación.

Lección 7.ª

Estudio anatómico de las paredes del vientre y de la gran cavidad peritoneal.

Lección 8.ª

Vísceras digestivas contenidas en el abdomen.—Su enumeración y descripción sucinta de las más importantes.

Lección 9.ª

Enumeración y descripción elemental de las funciones digestivas.

Lección 10.

Vísceras urogenitales que encierra el vientre explicando ligeramente sus respectivas funciones.

Lección 11.

Esqueleto, principales articulaciones, músculos, vasos y nervios de la extremidad torácica.

Lección 12.

Esqueleto, principales articulaciones, músculos, vasos y nervios de la extremidad abdominal.

Lección 13.

Concepto de la enfermedad.—Agentes morbosos: su clasificación.—Síntomas, su definición y división.—Juicios diagnóstico y pronóstico: Su definición y división.

Lección 14.

Idea general de la inflamación.—Diferencias entre las inflamaciones.—Congestión y edema.—Concepto de la capesia y de la consunción.—Caracteres del período agónico.

Lección 15.

Enfermedades parasitarias y enfermedades infecciosas.—En qué se diferencia la infección del contagio.—Precauciones que deben tomarse tan pronto se descubra el carácter infeccioso y más aún el contagioso de una enfermedad en individuos del Ejército.—Distintos medios de practicar la desinfección de personas, locales y muebles.

CARBOLAN

Pelrd's C.º, New-York.

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

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

Lección 16.

Enumeración de las enfermedades infectocontagiosas que más comúnmente atacan á las tropas.—Idea elemental de lo que son cada una de ellas.

Lección 17.

Idea elemental de la fiebre en general y del paludismo en particular.—Tipos febriles.—Termometría clínica.—Gráficas.

Lección 18.

Exploración clínica del aparato digestivo.—Principales síntomas dependientes del mismo que conviene tratar con urgencia.—Medios más comúnmente empleados para combatirlos ínterin acude el facultativo.—Técnica del cateterismo del estómago.—Bomba estomacal y modo de evacuar el contenido gástrico.

Lección 19.

Irrigaciones rectales.—Aparatos y líquidos más generalmente usados en la práctica de este recurso terapéutico.

Lección 20.

Exploración clínica del aparato respiratorio.—Enumeración de los aparatos que suelen usarse para practicarla.—Síntomas más importantes del aparato respiratorio que deben tratarse con urgencia.—Su tratamiento.—Desinfección de los esputos.

Lección 21.

Hemorragia nasal y su pronóstico según los casos.—Tratamiento.

Lección 22.

Primeros auxilios á los asfixiados.—Respiración artificial y detallada explicación de cómo debe practicarse y hasta cuándo.

Lección 23.

Síntomas importantes del aparato circulatorio.—Medios de combatir la lipotimia, el síncope y la asistolia.

Lección 24.

Síntomas importantes del aparato urinario.—Retención de orina y termo vesical.—Enumeración de los catéteres más usados en la práctica.—Cateterismo uretral.—Evacuación y lavado de la vejiga de la orina.—Fijación de la sonda permanente.

Lección 25.

Enfermedades venéreas.—Blenorragia.—Sintomatología especial, según la persona infectada.—Líneas generales del tratamiento en cada caso.

Lección 26.

Chancro blando.—Sus caracteres clínicos y complicaciones más frecuentes.—Tratamiento del chancro y sus complicaciones.

Lección 27.

Sífilis.—Sucinta idea de los períodos de evolución de la enfermedad.—Principales medios de tratamiento de los mismos.

Lección 28.

Principales parásitos que atacan á las colectividades.—Caracteres especiales de los del género *prediculi* en sus variedades *pubis*, *capitis* y *vestimenti*.—Enfermedades que propagan.—Manera de destruirlos.—Modos de luchar contra las moscas, los mosquitos, las pulgas y las chinches.

Lección 29.

Sarna y tiña.—Principales caracteres clínicos.—Tratamiento.

Lección 30.

Delirio.—Cuidados que deben tenerse con los delirantes.—Caracteres del ataque epiléptico y medio de descubrir la simulación.

Lección 31.

Terapéutica medicamentosa.—Medicamentos.—Su clasificación.—Concepto de la dosis.—Posología.—Unidades mé-

trico-decimales de la Farmacopea española.—Fórmula ó receta y partes de que consta.

Lección 32.

Medicación tópica.—Su definición y división.—Fricciones.—Unturas.—Embrocaciones.—Fomentos.—Cataplasmas y emplastos.

Lección 33.

Medicación purgante.—Purgantes más usados.—Modo de administrarlos y dosis.

Lección 34.

Antihelmínticos más usados.—Modo de administración y dosis.

Lección 35.

Medicación tónica cardíaca.—Principales medicamentos que la componen.—Modo de administración y dosis, especialmente de la digitado-estofante, esparteína y cafeína.

Lección 36.

Principales medicamentos modificadores de la sensibilidad y el sueño.—Modos de administración y dosis, especialmente del opio y sus principales alcaloides.

Lección 37.

Medicamentos modificadores del poder reflejo y antiespasmódicos más usados.—Breve noción de cómo se administran los bromuros.

Lección 38.

Principales medicamentos diuréticos.—Modos de administración y dosis.

Lección 39.

Medicamentos antitérmicos más usados.—Modos de administración y dosis.

Lección 40.

Medicación hipodérmica.—Inyecciones hipodérmicas.—Sitios de elección.—Precauciones que deben adoptarse.—Manual operatorio.—Accidentes que pueden sobrevenir y medios de combatirlos.—Inyecciones de suero artificial.

Lección 41.

Terapéutica física.—Hidroterapia.—Baños.—Su división.—Precauciones que deben tomarse en la práctica del baño general.—Sábana mojada.—Sus efectos y aplicación.—Baños de vapor simples y medicamentosos.

Lección 42.

Masaje.—Fundamentos y resultados.—Variedades y técnica para la aplicación de cada una de ellas.

Lección 43.

Traumatología.—Concepto del traumatismo.—Clasificación de las heridas.—Primeros auxilios que requieren los traumatizados.

Lección 44.

Definición.—Concepto y tratamiento de urgencia del shock traumático.

Lección 45.

La hemorragia como complicación de los traumatismos.—Diferentes medios y remedios que pueden emplearse para dominar la pérdida sanguínea.—Compresión, taponamiento, ligadura y cauterización.—Indicaciones de cada uno de estos recursos.

Lección 46.

Hemostasia mecánica.—Tortores y torniquetes más conocidos.—Hemostasia quirúrgica.—Medio de realizarla.—Hemostasia química.—Principales medicamentos hemostáticos y sus inconvenientes.

Lección 47.

Coagulación de la sangre.—Ideas elementales.

Lección 48.

Infección de las heridas.—Reglas generales que deben

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.

seguirse para evitarla al practicar las curas.—Si nos indicadores de la renovación de las curas.—Curas frecuentes y curas tardías.

Lección 49.

Forúnculo.—Anthrax.—Absceso superficial y flemón.—Erisipela.—Concepto elemental de estos procesos.

Lección 50.

Breve noción del tétanos [y de pústula maligna.—Tratamiento.

Lección 51.

Picaduras de insectos y de reptiles ponzoñosos.—Tratamiento de urgencia.

Lección 52.

Quemaduras.—Su clasificación y tratamiento.—Congelaciones.—Idea general de su patogenia y tratamiento.

Lección 53.

Fracturas óseas.—Definición, clasificación y síntoma.—Cuidados inmediatos á todo fracturado y medio conveniente de recogerlo y transportarlo.

Lección 54.

Tratamiento de las fracturas, reducción, coaptación, inmovilización y extensión continua.—Aparatos y elementos que se usan para poner en práctica los nombrados procedimientos terapéuticos.

Lección 55.

Esguince.—Su concepto clínico y tratamiento de urgencia.

Lección 56.

Luxaciones.—Su concepto clínico y diagnóstico diferencial con la fractura y con el esguince.—Tratamiento de las luxaciones.

Lección 57.

Sangría por flebotomía.—Sitios de elección y técnica detallada de la operación.—Accidentes que en ellas pueden ocurrir y manera de evitarlos y combatirlos.—Ventosa escarificada.—Aplicación de sanguijuelas y medios para cohibir las hemorragias consecutivas.

Lección 58.

Práctica de la revulsión.—Cataplasmas.—Sinapismos.—Ventosas secas.—Vesicación y medios de producirlas.—Tratamiento ulterior.

Lección 59.

Cauterización.—Cauterio actual.—Termocauterio y galvanocauterio.—Descripción detallada de cada uno de estos aparatos y su funcionamiento.

Lección 60.

Operaciones de Cirugía menor.—Incisiones. Punción. Aspiración. Sutura, etc.—Descripción detallada de cómo debe practicarse cada una de estas maniobras.

Lección 61.

Anestesia general.—Diversos agentes empleados y modo de aplicar cada uno de ellos. Precauciones que deben tomarse antes de comenzar la anestesia general.—Accidentes que pueden ocurrir y manera de combatirlos.

Lección 62.

Anestesia local.—Soluciones más empleadas y técnicas de la anestesia por infiltración.—Aparatos [que se necesitan.

Lección 63.

Vacunación.—Diversas clases y modos de realizar cada una.

Lección 64.

Conceptos de la antisepsia.—Agentes antisépticos más comúnmente empleados.—Su aplicación y dosis.

Lección 65.

Cura aséptica.—Asepsia de las manos.—Esterilización de

la piel en el campo quirúrgico.—Medios de obtenerla.—Precauciones que exige la asepsia.—Esterilización del instrumental quirúrgico.—Medios químicos y medios físicos.—Descripción detallada de la técnica que según se use unos y otros debe seguirse.

Lección 66.

Esterilización del material de aislamiento y de cura para una operación aséptica.—Autoclave y su funcionamiento.—Substancias testigos.—Tindalización.

Lección 67.

Material de sutura aséptica y su conocimiento y preparación.—Hilos metálicos.—Hilos comunes.—Sedas. Catgut. Tendón de canguro. Crin de Florencia. Agrafes.—Descripción y empleo de cada una.

Lección 68.

Material de curación y de protección de las heridas.—Gasas. Lenzos. Algodones. Envolturas impermeables, etcétera.—Preparación y descripción detallada del uso que debe darse á cada una.

Lección 69.

El drenaje de las heridas ó cavidades.—Material empleado y modo de proceder.—La irrigación continua.—Descripción detallada del dispositivo más conveniente para establecerla.

Lección 70.

Apósitos rígidos.—Vendajes almidonados, dextrinados, silicados, enyesados ó escayolados y de celuloide.—Descripción de cada uno.

Lección 71.

Vendajes.—Definición y clasificación.—Preparación, confección, aplicación y reparación de las vendas ordinarias.—Vendajes circulares, oblicuos, espirales, en ocho cruzados y recurrentes.—Nombres especiales que reciben en determinadas regiones orgánicas.

Lección 72.

Vendajes por el método de «Mayor».—Distintas aplicaciones del pañuelo triangular.—Piezas y corbatas más comúnmente empleadas. Vendajes compuestos y vendajes mecánicos.—Vendajes de cuerpo.—En T.—Frondas. Suspensorios.—Fajas. Vendajes elásticos. Bragueros. Corsés y camisas de fuerza.

Lección 73.

Prótesis.—Aparatos mecánicos.—Muletas. Piñones. Brazos. Manos. Piernas y ojos artificiales.—Condiciones que deben reunir estos aparatos en general y precauciones que su uso requiere.

SEGUNDO EJERCICIO (PRÁCTICO)

Elección del instrumental indispensable para las principales intervenciones quirúrgicas.

Colocación de vendajes en el maniquí.

Demostraciones de manejo del material que el Tribunal juzgue oportuno preguntar.

Aplicación en la Clínica de los conocimientos teóricos exigidos en el primer ejercicio. (Gaceta de 5 de Septiembre.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,6; ídem mínima, 702,7; temperatura máxima, 31°,8; ídem mínima, 17°,6; vientos dominantes, NE. NNE.

Continúan presentándose, aunque en número poco importante, las afecciones intestinales febriles colibacilares, paratifoideas y algunas tifoideas. Los reumatismos crónicos tienen tendencia á axacerbaciones y las congestiones pasivas se presentan en algún número.

En los niños disminuyen las enteritis y los catarros intestinales.

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, 26, San Sebastián.

Crónicas.

Interesante á nuestros suscriptores. — Pensando preparar en breve los giros contra aquellos suscriptores que aún están en descubierto por el corriente año, se lo advertimos por si prefieren hacer el abono por giro postal ó sellos de correos descontando los gastos de envío, pues de lo contrario nos veremos obligados á cargarles una peseta por los gastos que nos supone la letra y quebranto del banquero.

Curso práctico de análisis clínicos. — Dará principio en el laboratorio de análisis del Dr. Maestre Ibáñez, Glorieta de Atocha, 8, Madrid, el día 10 del próximo Octubre, y terminará el 16 de Noviembre.

Dado el carácter exclusivamente práctico de estos cursos, los alumnos realizan todas las operaciones de que hace mención el programa, por cuyo motivo, y con el fin de que puedan trabajar todos ellos, la admisión es limitada, siendo preferidos los que primeramente hagan su inscripción. Se envía el programa especial para este curso, al que lo solicite dirigiéndose á dicho laboratorio.

Una colonia escolar en el Palacio de Quintanar. — La benéfica institución Protección Escolar, que preside desde su fundación la marquesa viuda de Quintanar, da en la actualidad alojamiento y manutención en el palacio de este nombre á una colonia de niñas, y es esperada dentro de pocos días, en la misma residencia, otra colonia de niños.

Los notables beneficios que la Protección Escolar reporta á estos niños, con las prácticas de higiene, buena alimentación y la vida que hacen al aire libre, se dejan notar á los pocos días de la llegada á Quintanar.

El cólera, la Cruz Roja y Rusia. — Los partes que publica la prensa diaria relacionados con la situación de Rusia, son cada día más pesimistas.

De Bucarest se ha teleografiado á los periódicos ingleses que la epidemia de cólera se propaga en Rusia rápidamente.

«El número de defunciones causadas diariamente por el terrible azote, pasa de 150 en Moscu; de 210 en Saratow, y de 300 en Astrakán.»

Las autoridades de esta última región han informado al Gobierno de Moscu que el estado sanitario de aquella ciudad constituye un foco de infección tan peligroso, que es absolutamente necesario evacuar la población hacia Siberia é incendiar la totalidad de los edificios.»

De Ginebra se dice que en aquella capital ha tenido lugar una reunión, convocada por el Comité internacional de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, con objeto de estudiar los socorros que hayan de enviarse á Rusia.

La reunión fué presidida por el Sr. Ador, expresidente de la Confederación helvética, acompañado de los Sres. Claudio Hill, director de la Liga, y el nuncio. Asistieron á la reunión el príncipe consorte de Holanda, representantes de la Sociedad de Naciones, de diversos Gobiernos y de las Sociedades de la Cruz Roja y numerosas instituciones y Asociaciones benéficas del mundo entero.

El plan adoptado por la Comisión mixta, que fué expuesto por los Sres. Ador y Claudio Hill, consiste en la constitución de una Junta internacional encargada de coordinar los socorros y de ejercer una acción común, apoyada por el Gobierno, evitando cuidadosamente las acciones separadas.

Dicha Junta recibirá los socorros y establecerá los acuerdos con el Gobierno ruso, con objeto de conseguir la protección personal, la plena libertad de acción, la libre circulación de víveres y todas las garantías que exija la equitativa distribución de los socorros.

Al comenzar la reunión se leyó la adhesión de la Cruz Roja española.

Después de hacer uso de la palabra varios oradores, el Dr. Depage dijo que las conclusiones serán sometidas á la decisión de la Asamblea.

El resultado obtenido en la primera reunión permite esperar una pronta resolución del problema, gracias al esfuerzo combinado de las Asociaciones privadas y de los Gobiernos, bajo el emblema tutelar de la Cruz Roja.

Oposiciones á médicos de Sanidad exterior ó de puertos. Instancias del 1 al 30 de Septiembre. Ejercicios el 15 de Octubre. Obra completa por el Dr. Calvin, 70 pesetas. Curso bacteriológicos. Profesores de idiomas. Dirigirse á la Editorial Campos, Princesa, 14.

Al presenta número acompañamos un prospecto del Laboratorio y Farmacia Americana (Carrera de San Jerónimo 1, Madrid), sobre el **Quinarfer**, cuya lectura recomendamos.

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.



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, *tifus gástricas*. A. J. S. y 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, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades bursales, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caquexias, 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 - Leura-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.