

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

### REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
<b>J. BLANC Y FORTACIN</b> Del Hospital de la Princesa.	<b>A. FERNÁNDEZ</b> Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	<b>G. MARAÑÓN</b> Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
<b>L. CARDENAL</b> Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	<b>A. GARCÍA TAPIA</b> Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	<b>G. RODRÍGUEZ LAFORA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
<b>J. CODINA CASTELVI</b> Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	<b>F. GONZÁLEZ AGUILAR</b> Director-Médico del Instituto Cervantes.	<b>J. SANCHIS SANUS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
<b>V. CORTEZO</b> Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	<b>J. GOYANES</b> Cirujano del Hospital General de Madrid.	<b>J. SARABIA PARDO</b> Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
<b>L. ELIZAGARAY</b> Del Hospital General de Madrid.	<b>B. HERNÁNDEZ BRIZ</b> Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	<b>F. TELLO</b> Director del Instituto Alfonso XIII
<b>A. ESPINA Y CAPO</b> Académico de la Real de Medicina.	<b>T. HERNANDO</b> Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	<b>L. URRUTIA</b> Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
	<b>F. LOPEZ PRIETO</b> Ex-Médico-Titular.	<b>R. DEL VALLE Y ALDABALDE</b> Del Hospital General.
	Redactor Jurídico: <b>A. CORTEZO COLLANTES</b>	
	Secretario: Prof. Dr. <b>GUSTAVO PITTALUGA</b> , Académico de la Real de Medicina.	

### PROGRAMA CIENTIFICO:

*Cienola 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: Algunos comentarios á la edición de Mariscal de «El Libro de la Peste» del Dr. Mercado, por G. Marañón.—Tratamiento del paludismo por la hidroterapia, por el Dr. D. Simón Herqueta.—Diagnóstico clínico y bacteriológico de la fiebre de Malta, por el Dr. F. R. de Partearroyo.—De las estrecheces pélvicas más comunes en la clínica y su tratamiento, por Ignacio Fedriani.—Bibliografía, por Emilio Luengo.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Un libro sobre el Dr. Pulido.—El Seguro de enfermedad y los médicos, por el Dr. Echevarría.—El drama de un espíritu y la comedia de una vida, por F. Javier Cortezo.—En el Colegio de Médicos.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

### ALGUNOS COMENTARIOS A LA EDICIÓN DE MARISCAL DE «EL LIBRO DE LA PESTE» DEL DOCTOR MERCADO

POR  
G. MARAÑÓN

Hace varios meses que tengo el deseo de escribir unos comentarios sobre la edición de «El Libro de la Peste», del Dr. Luis Mercado, con que ha inaugurado sus publicaciones la «Biblioteca Clásica de la Medicina Española», que, por feliz iniciativa del Dr. Cortezo, se propone editar la Real Academia Nacional de Medicina. Acaso para retrasarme tanto en labor tan de mi gusto, se ha juntado á la consabida razón de la falta de tiempo, el deseo de conocer la acogida que la crítica técnica hacía del resucitado «Libro de la Peste». Pero el hecho es que ha transcurrido un año, casi, desde que apareció en las librerías y, si bien privadamente he oído innumerables comentarios de la edición—y todos entusiastas,—en los periódicos y revistas no he leído más juicios de ella que los publicados por Azorín en un diario de la Corte. Sentiría que se me hubiese escapado alguna otra bibliografía, de las meditadas, se entiende. ¿Hemos de achacarlo á indiferencia de los médicos? Creo que no; porque sé que muchos la han leído y de no pocos, repito, he oído comentarios reveladores de que les había interesado. Más bien lo atribuimos al poco interés con que nuestros profesionales miran la literatura crítica, indiferencia que, como decíamos en un reciente libro, tiene no poca culpa de la lentitud con que avanza la contribución nacional al progreso de la Medicina. En nuestro país se olvida que, en ciencia, mientras la

verdad absoluta no se conozca, cada cual puede opinar como quiera de las cuestiones en litigio, cotejando sus opiniones ó su experiencia con los del autor de una determinada obra, de cuyo cotejo puede resultar muy bien una oposición franca entre el autor y el crítico, sin que la coincidencia ó la contradicción supongan nada para la mayor ó menor estimación que el autor merezca al comentarista. El autor, por el contrario, y no la obra, es lo primordial para el crítico español y por eso, desde las dos primeras líneas de una bibliografía cualquiera que leemos en nuestros periódicos médicos podemos prescindir de las demás, porque nos bastan para saber si el autor y el crítico son amigos ó son enemigos y en uno y otro caso anticipamos, con seguridad, cómo va á ser la sentencia—no la crítica:—entusiasta, si la amistad ó el compradazgo median, y despectiva, si ocurre lo contrario; y aún muchas veces basta leer los nombres de crítico y autor para adivinar el sentido de los comentarios. Ya sabemos también que esto no ocurre exclusivamente en España, pues en todas partes hay enemistades y coterías: pero hay, al mismo tiempo, críticos precisos, imparciales y bien informados. Y éstos entre nosotros ¡son tan raros! El Dr. Mercado no tiene, entre los médicos actuales, ni amigos, ni enemigos; ¿á qué, pues, ocuparse de él? Y en cuanto á la importante colaboración del Dr. Mariscal en esta edición, el silencio de nuestros colegas lo atribuyo á modestia, ya que no creo que superen al número de tres ó cuatro los médicos españoles de erudición suficiente para contrastar con comentarios propios las apostillas del editor. Por poseer esta erudición ha podido hablar, sin ser médico, Azorín, gran crítico, aunque en la presente ocasión no fué muy ecuánime en su crítica. Disculpeme á mí, que pertenezco notoriamente al grupo de los



incompetentes, mi buen deseo de llamar la atención de los médicos sobre el interesantísimo volumen.

Dos partes hay que comentar en el volumen—admirablemente presentado—; la labor del Dr. Mariscal y el propio texto de Mercado. La primera se compone de un juicio crítico sobre el Dr. Luis Mercado y sus obras, seguido de 112 notas aclaratorias del texto de dicho juicio. A continuación aporta unas «notas explicativas de las estampas que, para mayor inteligencia del texto, figuran en el estudio preliminar». Y, por fin, todo el texto de Mercado está apostillado por Mariscal con comentarios aclaratorios á innumerables palabras y pasajes oscuros de aquél, y, sobre todo, con aclaraciones á la farmacopea de Mercado, nada simple, por cierto, y casi exclusivamente botánica, con lo cual se sobreentiende que casi completamente desconocida para los médicos actuales; y tal vez tenga el comentarista razón para lamentarlo, en la forma en que lo hace en la última de dichas apostillas. También son del Dr. Mariscal los «ladillos» que aparecen al margen del texto de Mercado, con lo cual orienta al lector actual y le dulcifica la pesadumbre de las parrafadas excesivamente largas.

Yo repito que no poseo, desgraciadamente, esa erudición que creo precisa para juzgar del valor bibliográfico y crítico de la labor del Dr. Mariscal. Pero si las objeciones que puede hacerle un crítico consumado, son las que hacía Azorín, basta leer el libro para darse cuenta de que son objeciones injustificadas; que todas las condiciones que, acertadamente, pedía el gran escritor, para un trabajo de este género, los llena cumplidamente el Dr. Mariscal, añadiendo muchas cosas más, de no menos valor, á juicio de un lector imparcial.

La vida del protomédico de Felipe II es cuidadosamente rehecha, en efecto, por el prologuista, reuniendo innumerables datos, controlados por una minuciosa crítica y por una escrupulosa bibliografía. Además, añade á la biografía conocida datos muy interesantes extraídos por el autor de las *Relaciones* de Cabrera, de los *Anales* de Herrera y otros documentos de la época; algunos de estos datos tan importantes como el comprobar la existencia de Mercado—y en pleno ejercicio de sus servicios reales—ocho años después de la fecha que se venía considerando como la de su muerte y el descubrir el año exacto de ésta (1611). Supone Mariscal que en este trance debió influir la pesadumbre de la muerte de la reina doña Margarita de Austria, ocurrida de sobreparto y, al decir de las comadres palatinas—por lo visto tan vivas de lengua entonces como ahora—precipitada ó producida por torpeza de los médicos que la asistieron. Otros datos que cita posteriormente confirman esta suposición. Por lo demás, es, desde el punto de vista psicológico, del mayor interés, el párrafo de Cabrera en que da cuenta de este accidente. Sólo tenía anotado en mi ejemplar de las *Relaciones* de Cabrera—ejemplar glorioso, por cierto, porque perteneció y está apostillado por el más grande escritor español de nuestros tiempos, por D. Benito Pérez Galdós—que leía hace dos veranos, asesorado á veces por el mismo Dr. Mariscal buscando noticias de la infancia de Felipe IV; porque él nos revela, junto con otros muchos del mismo libro y de otros semejantes, con qué injusticia eran tratados por los poderosos los médicos de entonces, halagados cuando la fortuna les acompañaba en su ejercicio, y calumniados, vituperados y despreciados cuando la enfermedad triunfaba. Una partera empírica era oída con mayor atención que los doctos facultativos, encanecidos en el estudio. Sé que muchos sonreirán leyendo ésto, pensando que, después de todo, los cuatro siglos transcurridos desde entonces, apenas han modificado la psicología de este vulgo de los alcázares que, por lo común, se toca con el de

las guardillas en punto á ignorancia y superstición anticientífica. Que la psicología profesional de los médicos tampoco ha cambiado mucho, lo demuestra asimismo otro de los párrafos que comenta Mariscal: aquél en que «un tal Sarabia», médico de cámara, llega con el rey á Valladolid, junto á la reina hacía varios días enferma, y de buenas á primeras desautoriza á los médicos que hasta entonces la asisten. Entre éstos supone el Dr. Mariscal, que se contase también Mercado. ¿Influyeron estos supuestos desdenes regios en la enfermedad y muerte del protomédico? Mariscal, como hemos visto, presume que sí. En los documentos de la época, en las mismas *Relaciones* de Cabrera, en los *Avisos* de Barrionuevo, se lee de numerosos varones de los que bullían en la Corte que fenecieron de la «pesadumbre de verse apartados del favor real». Se comprende que entonces el favor real era algo más importante y trascendental para la vida de los cortesanos que lo es en estos tiempos de democracia; pero de todos modos preferimos suponer que Mercado, espíritu superior, ennoblecido por la edad y por el ejercicio de una profesión que enseña á mirar con escepticismo las cosas de los hombres, acogería su fracaso con impasibilidad, tal vez como un pretexto dichoso para retirarse á la paz de sus libros y de su familia. Mercado sabía, seguramente, que su gloria verdadera no dependía de sus éxitos diagnosticos y que á la postre sobreviviría á Sarabia, en el cual ahora sólo paramos la atención por ser el homónimo de nuestro querido compañero de Academia D. Jesús. Quizá, sin embargo, el doctor Mariscal, que todo lo sabe, sepa algo más de la historia del «tal Sarabia», al que ahora hubiesen puesto en el cuadro de los malos compañeros los Colegios de médicos... siempre que no hubiese sido médico de Palacio, sino un desgraciado médico de aldea ó de Sociedad barata.

A continuación de la parte biográfica estudia el Dr. Mariscal la obra bibliográfica de Mercado. Allí está todo lo que, con sorpresa del lector que haya hojeado la edición que comentamos, echa de menos Azorín: una enumeración cuidadísima y comentadísima de la producción dilatada del protomédico, con precisa anotación de sus varias ediciones y aun con noticia de algunas no conocidas. En lo que respecta al «Libro de la Peste», Mariscal se detiene especialmente en su bibliografía con apórtaciones originales, cotejando tanto en este prólogo como en las notas que acompañan al texto, las diferencias entre unas y otras ediciones. No creo que en este sentido pueda mejorarse el estudio preliminar que comentamos.

Un poco apasionado nos parece, en cambio, el Dr. Mariscal, cuando analiza, con un criterio moderno, las ideas fundamentales del Dr. Mercado. Esta revisión actual del contenido científico de la obra analizada, es otro de los puntos que á Azorín, muy justamente también, le parecen esenciales en estos estudios. ¿Y es que falta aquí, y bien nutrido por cierto? Ahora, lo que sí puede discutirse, repito, es que nos parezcan á los demás, más ó menos justas estas apreciaciones. A mí, lector del siglo XX, vuelvo á decir, que me parecen un poco apasionados. A lo largo de todo el libro, el Dr. Mariscal defiende á Mercado, con simpático entusiasmo, de sus detractores y en especial del alemán Kurt Sprengel; y, en verdad, la mayoría de estas opiniones adversas, quedan mal paradas ante la erudición y la lógica ferviente del autor español. Pero hay una frase, creo que de Kurt Sprengel, la que más irrita al Dr. Mariscal, que, si no rigurosamente exacta, si no merecida en la mala intención que, al parecer, encierra, nos parece á los lectores actuales de Mercado bastante representativa: me refiero á llamar á Mercado «el Tomás de Aquino de la Medicina».

Es de suponer que al llamar así al gran médico valliso-



letano, se referiría su crítico á la expresiva complacencia con que Mercado se detiene en las explicaciones teóricas de los problemas patológicos, orientándolas en seguida hacia aspectos teológicos y, ya remontado á estas alturas, estirándolas, retorciéndolas en un verdadero prurito de barroquismo filosófico-científico, volviéndolas del revés y presentándolas en todos sus aspectos—naturalmente ilimitados—con desconcertadora facundia mental y caudaloso verbo. Harto sabemos que ese modo de discurrir, enlazando absurdamente, sin solución de continuidad, los hechos que nos suministra la experiencia objetiva con los delirios del misticismo, es un achaque común á todos los hombres de ciencia de aquel tiempo y muy singularmente á los españoles, habitantes de un país donde florecían, con vigor espléndido, los místicos, creando una literatura para la cual parece hecha la frase de que «de lo sublime á lo ridículo no hay más que un paso». ya que en ella se encuentran, junto á aleteos del alma humana, que parecen aproximarse al límite que la separa de Dios, las obscuridades y las tonterías más grandes de cuantas es capaz de imaginar la mezquina mente del hombre. Pero muchos pasajes de Mercado, por la insistencia con que se detiene en estas sutilezas y por lo mismo que las aplica á la explicación de cosas que están impregnadas de materialidad y grosería, resultan más patentes y menos aceptables para el cerebro del investigador actual. En el «Libro de la Peste» que comentamos, á pesar de estar escrito para las gentes vulgares, á pesar de ser un verdadero manual al alcance de todos—y luego veremos cuán admirablemente lo logra, en otros aspectos—hay páginas como aquellas en que explica la naturaleza de la peste y las condiciones que ha de tener ésta, para ser considerada como tal (págs. 161 y siguientes de la edición de Mariscal), que, en efecto, rebotan sobre la substancia gris actual con tanta violencia como aquellas otras razones con que Santo Tomás, por ejemplo, dilucida si el espíritu de los ángeles es vespertino ó matutino.

¿El decir esto lealmente es irrespetuoso? Yo creo que no, ya que empezamos por declarar que no es un juicio pretencioso lanzado por un crítico con intenciones iconoclasticas, sino, simplemente, la impresión de un «lector cualquiera», de buena fe. Impresión absolutamente imparcial, porque, por otra parte, coincide con otras impresiones verdaderamente entusiastas sobre la obra de Mercado, como luego veremos. Porque, acaso, el mayor encanto que encontramos leyendo «El Libro de la Peste» es, precisamente, ver despojarse al autor de pronto de todo el empalago teológico que creíamos consubstancial á su espíritu y empezar á hablar de «los hechos», relatándolos, no sólo con admirable sencillez y limpieza de concepto, sino hasta con un lenguaje diferente, exacto, claro, conciso, que sólo por las raíces personalísimas del estilo se parece á la alambicada y zigzageante literatura de unas páginas más atrás. Creemos que el decir esto es más puesto en razón que afirmar, como hace el Dr. Mariscal, que «desde Hipócrates á nosotros, sin temor á que se nos tache de apasionados hiperbólicos, no ha existido otro escritor médico igual».

Si el lector actual, en efecto, recorre detenidamente las páginas del libro de Mercado, el juicio que formará de nuestro gran médico es que fué un pensador mediocre, sin aquellos fulgores geniales que á cada paso se descubren en otros biólogos de su época y de su país, sometidos por lo tanto á las mismas circunstancias desfavorables al libre vuelo del pensamiento; tal Huarte, cuyo espíritu centellea de originalidad, entre las mismas mallas que ponían, igual á él que al menos potente ingenio de Mercado, los prejuicios del ambiente filosófico de España, en aquellos años que Mariscal llama «desde este punto de vista (de las enfermedades) ca-

lamitosos», pero que lo fueron no sólo desde el punto de vista de la higiene pública, sino por todos conceptos, porque en ellos, bajo la aparente grandeza (y siempre fué la farsa el pecado más grave de los pueblos) se concretaban todas las causas psicológicas y materiales de nuestra decadencia.

Fué, sí, un pensador mediocre, cuyas ideas generales no podemos comentar hoy con complacencia, como las de Huarte y lo citamos de nuevo porque creció en el mismo siglo que Mercado é impide que se disculpe á éste con razones cronológicas. Y en cuanto á escribir, su latín—muy discutido, según las notas del Dr. Mariscal—no podemos juzgar como era; pero su castellano, es más bien pobre, plagado de barbarismos (que muy afortunadamente aclara el comentarista). Nos resulta suficiente y hasta elocuente á veces (porque es claro y en la ciencia no hay mayor elocuencia que la máxima claridad) cuando describe síntomas y remedios; mas es notoriamente ruin cuando el autor se entrega á sus sutilezas explicativas.

Hay un gran acierto, sin embargo, de patología general en Mercado, que el Dr. Mariscal se apresura á realzar, como es lógico: el de considerar á las epidemias, no como resultados espontáneos de circunstancias divinas, planetarias, atmosféricas y humanas que en un momento determinado concurren; sino como recrudescencias de un mal continuo que unas veces activo y otras latente, conserva de continuo la semilla que luego estalla por la influencia de aquellas circunstancias. Esta es en efecto una concepción epidemiológica genial para su época. Y vamos ahora á analizar rápidamente el texto de Mercado.

En el primer tratado de los cuatro en que se divide el libro se ocupa Mercado «De la Naturaleza y condiciones de esta enfermedad». Entre los párrafos y párrafos de distinguos y disquisiciones, corre una afirmación que el autor considera preciso dejar fijada: la de que la enfermedad de los bubones que asolaba España era «una verdadera peste». Por lo visto en aquella época el criterio habitual de los médicos, y probablemente, á juzgar por las indirectas y observaciones de Mercado, el de las autoridades, era desdeñar la enfermedad que hace ya años venía recorriendo la Península y que á la sazón se cebaba en las poblaciones de Laredo, Santander, La Puebla y San Sebastián. No la desdeñaban por leve, cosa imposible, dado el estrago que hacía en la vida de los españoles, sino porque no creyéndola peste, se cruzaban de brazos y la recibían con el estoicismo de un mal inevitable. Y Mercado se revuelve contra estas gentes y les demuestra que es una peste y que hay que hacer muchas cosas para combatirla. Uno de los argumentos de los «optimistas» de entonces, es que no se trata de peste «porque no da á más de la mitad del pueblo», y lo anoto, porque es un criterio análogo al que han sostenido no hace muchos meses de este año del siglo XX varios de nuestros académicos, negando la existencia de una epidemia de tifoidea con razones «cuantitativas» y extendiéndose en distinciones sobre el concepto de la endemia y el de la epidemia, que harían buenas por su sutileza teórica á las del propio Mercado. Este, de vivir ahora, hubiese dicho, como dijo entonces, que «más ó menos enfermos no varían la naturaleza de la cosa, cuya esencia y especie no está puesta en el número de sus efectos, sino en la forma de donde mana el modo y la eficacia de obrar». Explica luego cómo la predisposición de los habitantes influye en que los casos sean muchos ó pocos, á igualdad de eficacia agresiva de la peste, y concluye haciendo suyas las palabras de Joubert, de que «bastan solo tres apestados para tener peste». Todo esto es admirable; tan admirable, que aun no es actual para una gran parte de nuestros primates de la Medicina.

(Continuará.)



## Tratamiento del paludismo por la hidroterapia.

POR EL

DR. D. SIMÓN HERGUETA

(Conferencia dada en la Real Academia Nacional de Medicina.)

Señores académicos: Voy á molestaros breves momentos con una nota clínica, que la creo de alguna importancia práctica, acerca del *tratamiento del paludismo por la hidroterapia*. Hoy, al hablar del paludismo, entro con temor á ocuparme de él recordando la magnífica conferencia que el año pasado escuchamos de nuestro distinguido compañero el Dr. Pittaluga, conferencia que además de ser expuesta de una manera elocuentísima y de demostrar sus vastos y profundos conocimientos en forma tan agradable, tan artística, tan metódica y tan ordenada, que real y efectivamente fué una lección del tratamiento del paludismo, dicha de una manera admirable. En ella dejó consignado: primero, que el paludismo era debido al hematozoario de Laveran; segundo, estudió la evolución que éste sufre dentro de los mosquitos del género «anofeles», y demostró que por medio de las picaduras inoculaban al hombre el germen para dar lugar á la fiebre intermitente ó á las fiebres intermitentes.

Y es natural que había de ocuparse, en primer lugar, del germen, y en segundo, de los medios de transmisión de éste, ó sea de los mosquitos, y en esto hizo un estudio concienzudo de cada uno, restableciendo las diferencias entre el mosquito macho y el mosquito hembra, datos de una importancia capital en el estudio del tratamiento preventivo del paludismo, pues éste, en resumen, comprende los siguientes extremos: 1.º, destrucción y guerra al mosquito hembra que en el invierno no se guarece en sitios oscuros y cálidos como las cuadras; 2.º, aniquilamiento de las larvas puestas en los bordes de la corriente de los ríos, y más generalmente en charcas, aguas estancadas y pantanos, valiéndose de la petrolización; 3.º, administrar la quinina diariamente á pequeñas dosis de 25 á 30 centigramos, y 4.º, evitar las picaduras, valiéndose de los mosquiteros para las camas y de las alambradas para las puertas y ventanas.

Claro es, que estas consideraciones se derivaban de los estudios que anteriormente habían hecho los norteamericanos, sobre todo en la Habana, para destruir no solamente el paludismo, sino la fiebre amarilla. Nuestros ejércitos han tenido que luchar en todos las épocas, no sólo contra fuerzas enemigas numerosas, siempre en acecho para sorprendernos y provocar muchas bajas, sino también contra otros enemigos cuya acción letal era más segura que las balas de los insurrectos; me refiero á las pérdidas sufridas por las infecciones climatéricas, entre las cuales ocupaba el primer lugar el *paludismo*, á más de la fiebre amarilla en Cuba, de la disenteria y afecciones gastrohepatointestinales en Filipinas, y de tifus en Marruecos. Asombran el valor heroico y los sufrimientos pasados en todos estos climas, por las invasiones de estas temibles infecciones que destrozan y aniquilan organismos antes robustos, siendo la consecuencia el estado de caquexia y miseria orgánica con que regresaron la mayor parte de los que se repatriaron de nuestras antiguas Colonias, y de Marruecos en la actualidad. Desde que los norteamericanos se apoderaron de Cuba procuraron por todos los medios posibles combatir los dos enemigos más terribles: el paludismo y la fiebre amarilla. El germen del primero lo había descubierto Laveran, y se sabía que se transmitía al hombre por medio del mosquito del género anofeles; el del segundo no se había descubierto todavía, pero el doc-

tor Reed demostró que la fiebre amarilla se transmitía por medio del mosquito conocido con el nombre de *Stegomyia calopus fasciata*. Dicho profesor de Sanidad Militar de los Estados Unidos presidió la Comisión, que dió uno de los ejemplos más brillantes de perspicacia científica y de espíritu de sacrificio que presenta la Historia de la Medicina. El Dr. Lazear se infectó y murió; otros se prestaron voluntariamente á dormir durante veinte días en sábanas manchadas procedentes de las camas de enfermos de fiebre amarilla, con la cabeza envuelta en ropas ensuciadas por las materias vomitadas, y sin embargo, ni uno de ellos sufrió la enfermedad, porque se les preservó de las picaduras de los mosquitos. En cambio, la contrajeron casi constantemente los que fueron puestos á la inoculación múltiple con mosquitos que habían chupado la sangre de enfermos de fiebre amarilla, así como los que sufrieron una inyección subcutánea de sangre desfibrinada y filtrada también de enfermo de fiebre amarilla.

Merecedores de toda clase de alabanzas son los dignos compañeros que formaron parte de esta Comisión, logrando disminuir el paludismo de una manera extraordinaria, como se comprueba en el siguiente cuadro tomado del trabajo publicado en *EL SIGLO MÉDICO* por el Dr. Luis Muñoz de Antuñano:

### CASOS DE PALUDISMO EN LA HABANA

España.		Estados Unidos.	
1890.....	170	1900.....	325
1891.....	203	1901.....	151
1892.....	202	1902.....	87
1893.....	240	1903.....	54
1894.....	201	1904.....	44
1895.....	207	1905.....	32
1896.....	450	1906.....	26
1897.....	811	1907.....	23
1898.....	910	1908.....	19
1899.....	909	1909.....	2

La guerra hecha á los mosquitos en la Habana por la petrolización, principalmente, fué la que dominó el paludismo, y estas cifras indican de una manera soberana el éxito del tratamiento preventivo. Lo mismo ocurrió con la fiebre amarilla, aun cuando no tengo la estadística para comprobarlo.

Este éxito de los médicos norteamericanos parece que indica cierta ignorancia de los profesores españoles que no supieron combatir dichos azotes en tiempo oportuno y se suele citar como en desdoro de nuestros compatriotas; y, sin embargo, en todas las épocas, lo mismo en Cuba que en Filipinas que en la Península, se han escrito muchas obras acerca del paludismo; se han elevado á la autoridad multitud de Memorias que en unión de los ingenieros militares, proponían diversos medios de desagüe, desecación de pantanos, plantaciones en gran escala, etc., que la Superioridad las relegaba al olvido, Memorias todas almacenadas en los Archivos de Cuba y de las que se aprovecharon los norteamericanos, según confesión propia, para conseguir lo que se proponían, ó sea higienizar la isla, haciendo cumplir los bandos manu militari.

Como prueba de que los médicos españoles no han ido á la zaga de las demás naciones en el estudio de las fiebres y sobre todo de las intermitentes, no hay más que revisar la riquísima bibliografía que poseemos de los autores que se han ocupado del paludismo, para comprender la sinrazón de los que siempre tratan de deprimir á nuestra querida Patria lo mismo en ciencia que en artes, industria y todo. Sólo voy á citar entre muchos que han escrito de fiebres intermitentes, los nombres de Mercado, Suárez de Rivera, Pacheco y



Ortiz, Luis Enríquez, Díez Inchado, Virrey y Monje, Piquer, Pereira, Pedro Soriano, un informe del Real Proto-Medicato sobre las tercianas que se padecieron en Madrid en 1785, Santiago Puig, Jocares, Curiel, Arguello, Paz y Rodríguez, Antonio Fernández, Chinchilla, Ferrándiz, Varela de Montes, Cosado y Negro, Fernández Cruzado, García López, Saner, Macedo, Benavente, Castelví y Pallarés, Nieto y Serrano, Sánchez Merino, Santero, Martín de Pedro, Huertas y Mendoza, Pittaluga, Martínez Vargas, Muñoz Antufiano, Pí y Súñer, Gabriel Carrión, etc., y otros muchos que sería prolijo enumerar.

Entre ellos se destacan por su valor clínico y experimental los trabajos de mis queridos amigos los Dres. Huertas y Pittaluga.

El paludismo se padece en la mayor parte de las naciones del mundo; y según el Censo Oficial publicado por la Higiene del Campo, sólo en España existen 313.000 hectáreas de focos palúdicos, sucumbiendo 2.000 enfermos unos años y 3.000 ó más en otros.

Al parecer, es la enfermedad más sencilla en su síndrome: frío, calor y sudor á las mismas horas y en días determinados; y tampoco hay padecimiento que haya que discutir menos para tratarlo: con dar preparados de quinina, ya está dominado el asunto, y sin embargo, estudiando á fondo el paludismo, se ve que hay muchos puntos oscuros, ignorados otros y desconocidos bastantes, como saber á qué causas obedecen sus múltiples formas y la periodicidad que preside á todas ellas.

Es el paludismo el padecimiento que tiene más formas dentro de la Patología porque adquiere la de todas las enfermedades: lo mismo es una neuralgia violentísima, que una hemorragia atroz, que un dolor de cabeza intensísimo, que simule una inflamación, que un escalofrío, que llega hasta producir la muerte, en las intermitentes álgidas, que el calor que puede ascender á alturas inverosímiles, ó que un sudor copiosísimo puede fundir á un individuo y dejarle sin fuerzas y exánime. No cabe duda de que en todas las formas del paludismo debe de haber gérmenes completamente distintos unos de otros: y si bien se han estudiado el desarrollo y evolución de los propios de las tercianas, de las cuartanas y de la perniciosa, no ha ocurrido lo mismo con los de mil variadísimas formas que se presentan á la observación del clínico con una frecuencia extraordinaria. Hay un dato, no explicado todavía, que puede tener gran importancia y es el hecho de que todos los gérmenes en el mosquito son sexuales, mientras que en el hombre son asexuales. Además, los plasmodios de la terciana, de la cuartana y de la perniciosa se diferencian de una manera extraordinaria, y lógico es que existan otros gérmenes que correspondan á formas clínicas variadas, así por ejemplo el plasmodium vivax y el plasmodium malariae evoluciona en la misma sangre, mientras el Laverania malariae propio de las perniciosas se desenvuelve en las vísceras y en los capilares de las mismas, y de aquí nace la clasificación de la perniciosa en formas *cerebrales*, delirantes ó congestivas, que muchas veces puede confundirse con un ataque de uremia ó con la apoplejía y congestión cerebral; las *torácicas* simulando pneumonías de las que se diferencian por la brusquedad é intensidad con que aparecen y por la desaparición rápida con que terminan, acompañado de un sudor profusísimo. Por sus relaciones anatómicas con el bazo, casi siempre se localizan en la base del pulmón izquierdo. Y la misma congestión predomina en las formas *abdominales*, dando lugar á síndromes alarmantes, coléricos, disentéricos y biliosos.

Lo mismo las intermitentes sencillas que las perniciosas, están bajo la dependencia de un factor importantísimo, la

*periodicidad*. Asunto vasto y complejo del que no se ha podido dar todavía una explicación satisfactoria, aunque el hecho se viene observando desde la más remota antigüedad, puesto que la periodicidad se presenta lo mismo en el cosmos, que en los estados fisiológicos y más en los patológicos y mucho más concentrado en el paludismo.

Las funciones fisiológicas están regidas por la periodicidad: á las mismas horas nos levantamos, se despierta el apetito, nos dormimos y hasta evacuamos los contenidos vesical y rectal. Estudiando la patología aguda, se verá que las exacerbaciones y remisiones febriles se producen próximamente á las mismas horas, y ésto es mucho más acentuado en las enfermedades del sistema nervioso y sobre todo en las neuralgias, que guardan una intermitencia muy marcada. ¿Quién no recuerda los excesos febriles de 2, 4 ó 8 décimas que se presentan entre doce y cuatro de la tarde al principio de las tuberculosis, y que muchas veces se han tomado por una fiebre intermitente cotidiana? Mas la periodicidad en el paludismo es la que más asombra por la fijeza de los accesos en las horas y días señalados, no sólo en las formas cotidiana, terciana y cuartana, sino también en las semanales, quincenales, mensuales y anuales. Pocos observadores se han ocupado de esta cuestión, sólo uno de los clínicos más originales y eminentes del siglo pasado, Graves, de Dublín, refiere en su Clínica Médica la historia de un pobre palúdico que le duró tres años, con mejorías de dos, cuatro y hasta de seis meses; pero que recidivaba la fiebre con una tenacidad desesperante. Fué apuntando los accesos en los días que le daban durante los tres años y vió que siempre correspondían al que le tocaba (eran tercianas) si no hubiese cesado la fiebre y con intervalos, en ocasiones, de seis meses de apirexia. Hace más de cuarenta años recogí la observación de un joven de veinte años con cuartanas, que aparecían y desaparecían por la influencia de la quinina, que le duraron más de ocho meses, y en los que pude comprobar la veracidad de la observación de Graves.

Si el estado oculto de la enfermedad que sale á la superficie á la misma hora todos los días, un día sí y otro no, ó cada tres días, nos llama poderosamente la atención, ¡cuál no será nuestro asombro, cuando se repita el fenómeno cada mes ó cada año, aunque ignoremos las leyes á que obedecen!

Desde que Laveran descubrió en 1880 el hematozoario del paludismo, ha progresado de una manera extraordinaria tanto el tratamiento profiláctico como el curativo del mal, puesto que al fin y al cabo se le combate en su causa. Mas antes se conceptuaba á las fiebres intermitentes como lo más esencial y fundamental de la enfermedad, hasta que Fleury consignó para siempre, que el paludismo se componía de tres factores: *fiebres, infartos viscerales y anemia ó caquexia*. Mientras el enfermo no esté curado de esta trinidad morbosa, puede asegurarse que persiste el padecimiento: dominar la fiebre, si quedan los infartos y la caquexia recidivará con seguridad la enfermedad en un período mayor ó menor y el enfermo no estará curado de su paludismo. Lo normal es que desaparezca primero la fiebre, después los infartos del bazo é hígado y en último término la anemia.

Se sabe hoy de una manera positiva, en corroboración del anterior concepto clínico, que desde que el anofeles inocular el hematozoario hasta que aparece la fiebre, transcurre un período de tiempo de seis á ocho días, y que se ha comprobado que el plasmodio ataca al glóbulo rojo, se disgrega después, se multiplica en último término; y sus restos acompañados de los glóbulos blancos, van á parar al bazo principalmente y en ocasiones también al hígado, causa fundamental de los infartos de dichas vísceras. Examinando



los depósitos alojados en las vacuolas del bazo se comprueba la verdad de lo anteriormente expuesto.

Se ve, pues, que tanto patogénica como clínicamente, toda fiebre palúdica se compone de tres elementos: fiebre que podrá tomar todas las formas conocidas; infartos y caquexia.

Dadas estas premisas, ocurre preguntar: ¿la quinina domina estos tres síntomas? Creo firmemente que no: conceptúo á este precioso medicamento como el específico del paludismo que mejor domina la periodicidad, en una palabra, como el que mejor cura la fiebre, porque ataca de frente al hematozoario; pero en cambio no tiene ninguna acción curativa ni en los infartos del hígado y bazo, ni en la caquexia. Muchos la han conceptuado como el específico del paludismo en todas sus formas y la han administrado meses y meses sin conseguir obrar favorablemente ni sobre el bazo, ni sobre la sangre. Para explicar las recidivas se dice que los gérmenes almacenados en el bazo se despiertan y vienen nuevas generaciones que al trasladarse á la sangre se establece un nuevo círculo, causa de las fiebres que se presentan otra vez. Ignoro si será esto verdad ó no; porque no habiéndome dedicado á los estudios bacteriológicos, he de confesar mi ignorancia, disculpable tan sólo por la educación médica que recibí en que no se pronunciaba todavía la palabra microbio y posteriormente por lo atareadísimo que siempre he estado con la práctica tanto hospitalaria como particular. He leído bastante en los libros de esta materia y de química biológica, pero me falta lo fundamental, la experiencia personal adquirida en laboratorios.

A pesar de mi insuficiencia en este género de investigaciones, creo que existen todavía muchos puntos oscuros que necesitan aclaración. Si la quinina mata en la sangre el hematozoario, ¿por qué no hace lo mismo en el bazo y en el hígado? ¿Por qué vienen después nuevas generaciones que parece que reviven y despiertan otra vez los mismos síntomas febriles? ¿Por qué dominados los infartos del bazo é hígado y cura de la anemia, no vuelve á presentarse más la fiebre? Preguntas son á las que no puedo dar una respuesta satisfactoria, porque ignoro las relaciones íntimas que deben existir entre la circulación general y la del bazo y la influencia que éste, á su vez, ejerza sobre aquéllos, tanto mecánico como bacteriológico y globular.

Si la quinina domina la fiebre, pero no ejerce ninguna acción, ni sobre los infartos viscerales, ni sobre la anemia, es indudable que la hidroterapia llena en el paludismo más indicaciones que la corteza del Perú, puesto que es antifebril, resolutive y tónica, y obedece más á la idea patogénica de esta trinidad mostosa.

De Martín de Pedro aprendí el tratar á los palúdicos por la hidroterapia, y en los treinta y siete años que he estado al frente de clínicas vastas y del Hospital General, he tenido ocasión de observar multitud de palúdicos procedentes de Cuba, sobre todo de Filipinas, de la Ronda de Atocha, del Puente de Vallecas y de Aranjuez, que ingresaban la mayor parte con una cara amarilla terrosa, oscura, melanodérmica, sin fuerzas, sin energía, con anemia, trastornos del tubo digestivo é infartos hepato esplénicos muy acentuados, sobre todo del bazo, que descendía, en ocasiones, hasta la fosa ilíaca izquierda en unos casos, al paso que en otros la caquexia palúdica mancha, digámoslo así, todo el organismo, le espleniza, y si en este período atónico aparecen las *hidropesías*, empiezan, generalmente por *ascitis*, sobreviniendo después el *anasarca*, no como síntomas del paludismo, sino como la expresión del profundo disgusto orgánico, y de aquí que existe inapetencia, insomnio, digestiones difíciles, diarreas incoercibles, pulso filiforme, etc., sucumbiendo, por fin, los enfermos en el más profundo marasmo.

Aun cuando las tercianas y cuartanas son las formas más comunes, hay otras que dan cada semana, y alguna cada quince días, como en una cuñada mía que hasta el tercer acceso no hice el diagnóstico, fácilmente dominable con la quinina dada la víspera, igual que ocurrió á un fraile de Tudela de Navarra que todos los años le daba un fuerte acceso de intermitente el día de Santa Ana, patrona del pueblo, á cuyo enfermo conocí por el Dr. D. Angel Franco, prestigioso médico de gran reputación en toda Navarra, que dominó el acceso de la misma manera.

Hay aptitudes en las familias para la perniciosidad, y la mía es una prueba de ello: á mi madre le dió una perniciosa de forma cerebral que logró dominar, así como á un hermano suyo, farmacéutico, que toma la forma coleriforme; sucumbiendo, en cambio, el tercer hermano, ó sea el doctor Martín de Pedro, de la misma enfermedad. A mí me han dado dos veces: una en Logroño, á los trece años, y otra en Alauje, á los cuarenta y cuatro.

Ya es hora de que nos ocupemos de la *medicación hidroterápica*. A Fleury es debido, en primer lugar, el que proclamara la unidad del paludismo y estudiara perfectamente el vínculo que unía á la fiebre con los infartos viscerales y anemia, que posteriormente el estudio del hematozoario ha venido á comprobar, dando lugar á que en este caso, como en otros muchos, la clínica y el laboratorio estén de común acuerdo.

El célebre hidrópata francés buscó un agente que combatiera victoriosamente esta trinidad morbosa y llenara todas las indicaciones que se pudiesen presentar, y creyó encontrarlo en la hidroterapia que para él obra: 1.º, como antitífico; 2.º, como desobstruyente, y 3.º, como tónico, y, por lo tanto, existen para combatir el paludismo tres grandes clases de métodos hidroterápicos: el *antifebril* y *antiperiódico*, el *resolutive* y el *reconstituyente*.

La *hidroterapia antifebril* es aquella que tiene por objeto rebajar la fiebre por medio de las afusiones de agua fría, aliviar las molestias del enfermo y disminuir la duración de los estadios. El modo de usarse aquélla consiste en hacer levantar al enfermo, colocarle en seguida en una bañera y echarle un jarro de agua por la cabeza y cuerpo, y después secarle perfectamente, aumentando el abrigo de la cama con objeto de que sobrevenga la reacción.

El primer efecto de la afusión es una impresión brusca y desagradable del enfermo; contrae la cara, aparece la piel de gallina, hasta que sobreviene la reacción al cabo de algunos minutos, caracterizada por el mayor encendimiento de la piel, rostro animado, pulso poco frecuente y algo dilatado; la cubierta cutánea está madurosa, y apareciendo después un sudor suave é inodoro que alivia á los enfermos y que se diferencia en esto de la diaforesis que se observa durante los accesos de intermitentes: su duración es próximamente de una hora.

Para combatir los accesos hay que establecer una división fundamental: si guardan un tipo bien marcado ó si carecen de él.

En el primer caso la afusión antiperiódica debe ser administrada un cuarto de hora antes de la invasión del acceso que se trata de prevenir. Pero si hubiéramos llegado tarde y encontráramos al enfermo en el estadio del escalofrío, no por eso dejaríamos de darle la afusión, que en este caso produciría un efecto menos poderoso y seguro que el anterior.

En los accesos atípicos, que están siempre ligados, bien á una congestión visceral interna, bien á un estado caquético más ó menos pronunciado, es preciso usar la afusión en el primer momento que observemos que ha disminuído la fiebre.



Cuando la afusión no corta el acceso en su primera ó segunda aplicación, tiene, sin embargo, la ventaja de que éste va disminuyendo en intensidad y duración, y si, por ejemplo, al principio se prolongaba por espacio de ocho á diez horas, á la segunda afusión se rebaja á cuatro ó tres, para desaparecer casi siempre á la tercera.

En los numerosos enfermos de fiebres intermitentes que hemos tenido ocasión de tratar tanto en la práctica particular como en la hospitalaria, logramos cortar el acceso á la primera afusión en la tercera parte de los casos; en las más, á la segunda, y en cuatro ó cinco casos, á la tercera.

Esta medicación no está desprovista de accidentes. Hay que tener mucho cuidado en favorecer á todo trance la reacción, pues si ésta no viene, nos exponemos á que el paciente contraiga una inflamación visceral que adquiere suma gravedad.

La *hidroterapia resolutive* de los infartos viscerales varía según el volumen que hayan adquirido éstos. Cuando son considerables se consigue su acción con los *chorros* locales aplicados sobre el órgano infartado, en cuyo caso producen una acción antillogística local, que debe de ser ayudada por otra tónica, efecto de los *baños de lluvia* que en estas circunstancias suelen emplearse; si los infartos del hígado y bazo no han adquirido dimensiones considerables, se suele aplicar una sábana ó toalla mojada en agua del tiempo, con las cuales se rodean los órganos del cinturón abdominal-torácico, dejándola así durante cinco ó diez minutos, y entre los muchos enfermos que pudiera citar en corroboración de esto, recuerdo un joven de veinte años que, procedente de Cuba, donde había padecido por espacio de tres años de fiebres palúdicas, ingresó en la sala 40 del Hospital General con un infarto del bazo tan considerable que se extendía desde la quinta costilla izquierda hasta el fondo de la pelvis, cubriendo transversalmente gran parte del hígado. Empezó haciendo uso de los chorros; después se le aplicó la sábana, y al cabo de un mes salió el enfermo completamente curado de la clínica y el bazo con su volumen y dimensiones normales.

En la *caquexia palúdica*, se aconsejan los baños de lluvia así como las afusiones en que haya *choque*, con objeto de producir efectos tónicos, produciendo resultados magníficos el clima de altura, una alimentación azoada, el ejercicio muscular moderado, los baños de aire y de sol, enemas de sangre desfibrinada, preparados arsenicales, impresiones morales agradables, conversación animada, etc., son agentes que activan la nutrición, desarrollan el sistema muscular y producen un aumento en la cifra de los glóbulos rojos.

Existen ciertos accidentes que reclaman indicaciones especiales: cuando hay una cefalalgia intensa que puede llegar hasta el delirio violento, producen muy buenos efectos las compresas frías y la ingestión frecuente por la boca de pedacitos de hielo.

En las hidropesías, cuando no existe más que una simple infiltración de los miembros inferiores y una ligera ascitis, la aplicación de la sábana fría produce resultados lisonjeros cuya consecuencia es favorecer la reabsorción de los derrames; está, sin embargo, contraindicada en alto grado la hidroterapia en los casos de existir derrames en las grandes serosas.

El tratamiento debe continuarse hasta que haya desaparecido por completo la caquexia y anemia, así como también hasta que la coloración de la piel y de las membranas mucosas, el estado de la circulación y de las fuerzas generales nos demuestren que la sangre está ya completamente reconstituida.

*La regla de la curación del paludismo es la cesación de*

*la fiebre y la completa normalidad del bazo y de la sangre.*

En las perniciosas no he empleado la hidroterapia porque en este padecimiento que compromete rápidamente la vida debe usarse la quinina en seguida y sin vacilación; pero si se careciese de ella, usaría entonces la hidroterapia con la conciencia tranquila de haber cumplido con mi deber.

Señores académicos: las consideraciones clínicas que acabo de exponer demuestran que á más de la quinina hay otra medicación que domina el paludismo: la *hidroterapia*, que sobre todo debe usarse cuando falta la quinina, cuando con ésta no se consiga dominar la fiebre ó cuando produzca molestias graves como urticarias, hemorragias, etc., que expresan una contraindicación formal.

Estas son en resumen las principales reglas que debemos seguir en el tratamiento hidroterápico del paludismo, precepto admirablemente expuesto por Fleury á quien se debe el que el práctico pueda manejar con valentía una medicación que aplicada convenientemente está llamada á desempeñar un gran papel en el tratamiento de las fiebres intermitentes.

Los resultados que hemos obtenido han sido tan buenos, que nos creemos en la obligación de aconsejar á los prácticos ensayen este medio curativo, seguros de que obtendrán los mismos efectos que nosotros.

Nunca como ahora existe una oportunidad tan grande para divulgar este tratamiento, pues si en España existen multitud de focos palúdicos que producen una morbilidad y mortalidad enormes, hay que agregar los de Marruecos que han diezclado á nuestro Ejército hasta el punto de que en ocasiones ha habido que suspender las operaciones por el excesivo número de bajas.

Para terminar, voy á citar una estadística de una especie de inventario del paludismo en España publicado por la Inspección del Saneamiento del Campo de hace años, pues en éste sería mayor con motivo de la guerra:

Número de términos municipales .....	9.261
Número de términos palúdicos en España...	1.818
Las dimensiones de las focos palúdicos en hectáreas.....	313.000
Valor de los terrenos palúdicos en pesetas ..	24.518.000
Coste de las obras para sanearlos.....	50.682.000
Valor que tendrían saneados.....	124.864.000
Morbilidad anual.....	301.300
Mortalidad .....	2.192
Consumo de quinina en gramos.....	2.783.260
Valor de la quinina consumida al año, pesetas.....	2.783.260
Días de trabajo perdido por la enfermedad á razón de quince días.....	4.530.400
Valor de los jornales perdidos á razón de 2 pesetas.....	9.060.800
Valor de las vidas perdidas á 5.000 pesetas..	10.960.000
Total de pérdidas para la economía nacional al año por esta causa, pesetas.....	72.347.000

Y no tengo más que decir.

### Diagnóstico clínico y bacteriológico de la fiebre de Malta <sup>(1)</sup>

POR EL

DR. F. R. DE PARTEARROYO

Del Instituto de Alfonso XIII y del Hospital clínico de San Carlos.

Aparece fiebre vespertina con una máxima de 38°,3. No cede ésta con el reposo. Descartamos la tuberculosis y la fiebre de Malta con detenida exploración clínica y con el laboratorio. Unas discretísimas alopecias que se

(1) Véase el número anterior.



ponen más de manifiesto cortándole el pelo, nos hacen pensar en sífilis. No tenía ningún antecedente primario. Sólo las alopecias y los dolores persistentes nos orientan, y el laboratorio nos da un Wassermann fuertemente positivo y el tratamiento hace que todo desaparezca.

Cito este caso para probar cómo con fiebre persistente (no se había tomado la temperatura anteriormente y, por tanto, no sabemos si la tuvo antes) y con artralgias puede no tratarse de fiebre de Malta, á pesar de ser dos cosas tan frecuentes en ella.

*Apendicitis.*—El apéndice es un órgano linfoide que por estar en relación con el ciego, ovario y trompa de derecha está muy expuesto á las inflamaciones de estos órganos y además es muy sensible á las infecciones generales.

Por eso las apendicitis crónicas primitivas ó secundarias á un ataque agudo no son raras. Con ellas es con las que hay que hacer el diagnóstico diferencial. No es raro que en ellas aparezca ó aumente la fiebre en los períodos premenstruales, dadas las relaciones vasculares de ambos órganos. Por lo dicho y por presentarse en la fiebre de Malta lesiones apendiculares no con excesiva rareza, es por lo que muchas veces hay que hacer diagnóstico diferencial con ella.

Basset Smith cita cuatro casos que diagnosticados de apendicitis dieron aglutinación con el micrococcus melitensis, y de los cuatro, dos volvieron al hospital con una típica fiebre de Malta.

El dolor localizado en fosa ilíaca derecha, y no señalo puntos porque son ya muchos los mencionados (Mac Burney, Lanz, Clado, Mauro, etc.), la defensa de la pared, la comprobación por radioscopia de la localización del dolor, y su movilidad con el desplazamiento del apéndice como aconsejan Guy Larechi, Bradin y Rouneaux nos harán pensar en la localización apendicular. Mas como ésta puede ser de origen melitocócico, es el laboratorio como casi siempre el que nos dirá á ser posible la causa.

*Orquitis blenorragica.*—Según Cantaloube, las hay de origen melitocócico primitivas; mas deben ser raras, como Durán de Cottés dice. Así que los antecedentes, ya que suele ser secundaria y la falta de blenorragia á veces, nos fijarán el diagnóstico que nuestro eficaz colaborador, el laboratorio, pondrá en claro.

*Formas prolongadas de endocarditis.*—Pueden presentarse á confusión con la fiebre de Malta, dada la semejanza de sus cuadros clínicos. Mas suelen evolucionar sobre una lesión antigua de corazón, de naturaleza endocárdica también, y aparecer con ocasión de cualquier ligera infección, continuando después con su fiebre, artralgias; suelen aparecer elementos de eritema nudoso y embolias, etc.; esto y el laboratorio harán el diagnóstico.

Acerca de procesos del hígado (Durán de Cottés) y del sistema nervioso central (Rodríguez Fornos) de tipo clínico muy variado, creemos que en localidades no muy castigadas por la fiebre de Malta será sólo el laboratorio el que hará los diagnósticos de naturaleza, que desde luego deben ser comprobados aun en los sitios donde haya frecuentes brotes epidémicos.

Acerca de la asociación de estos procesos con la fiebre de Malta, pueden ocurrir, sobre todo, con tuberculosis que á veces es agudizada por ella; mas debemos tener en cuenta de que en clínica debemos procurar explicarnos todo el cuadro sintomático de una enfermedad por una causa á ser posible, siempre por el menor número de ellas.

En resumen: ya vemos con qué multitud de enfermedades hay que hacer diagnóstico diferencial, y, por tanto, vemos lo proteiforme, la variedad de cuadros clínicos que la fiebre de Malta puede presentar.

Así es, que siempre que nos hallemos con un proceso agudo con fiebre variable, lo más típico es que sea irregular, aun dentro del mismo día, varias elevaciones (fiebre laxa de Schoull), con épocas de más elevación (ondulante), etc., con grandes sudores, quebrantamiento, taquicardia (no constante), etc., y que más tarde tiene algias diversas, pensaremos en melitococia, y recurriremos al laboratorio si antes, como debíamos, no lo hemos hecho. Igual haremos en las formas febriles subagudas ó crónicas con fiebres irregulares, muy toleradas, y que terminan haciendo localizaciones en músculos, articulaciones, nervios, testículo, ovario, etc.

*Diagnóstico bacteriológico.*—Expuestos ya los datos más importantes, en los que según nuestra experiencia debe basarse el diagnóstico clínico de la fiebre de Malta, vamos á ocuparnos ahora de cuándo debemos recurrir al laboratorio, qué podemos exigirle y cómo interpretaremos sus resultados. No diremos todos los caracteres biológicos del micrococcus melitensis, sólo nos ocuparemos de los suficientes é indispensables para caracterizarle.

Aun cuando clínicamente un diagnóstico nos parezca evidente, debemos recurrir al laboratorio para que nos lo confirme plenamente ó nos lo modifique, pues ya sabemos la variedad de cuadros clínicos que todas las enfermedades pueden presentar, y obrando de este modo nos evitamos sorpresas más ó menos desagradables.

*Al laboratorio podemos pedir: Investigación del germen en el enfermo: Aislamiento en la sangre.*—Como en casi todas las infecciones, en ésta se investiga el germen en sangre, siempre que exista fiebre de más de 38° 5 á 39°, pues suele estar ésta en relación con el número de gérmenes (Schottmüller), y por tanto, tenemos tanta mayor probabilidad del resultado positivo, cuanto mayor sea la fiebre. El hemocultivo por lo dicho sólo será útil en las fases primeras de la infección y en las recaídas, en general cuando existen temperaturas altas. Fuera de estos casos, el hemocultivo sale á veces positivo, pero son necesarias mayores cantidades de sangre y repetirlos varias veces, porque frecuentemente son negativos.

Para practicar el hemocultivo, extraeremos, con las reglas asépticas que son de rigor para la punción venosa, 3 á 10 c. c. de sangre, tanta más cantidad cuanto menor sea la fiebre.

Creemos muy útil hacer los hemocultivos en varios medios de cultivo, pues dada la semejanza de cuadros clínicos puede sospechar una enfermedad y ser otra.





Si hubiéramos hecho el hemocultivo en un solo medio, en bilis que es donde generalmente se hace, dada su comodidad y buenos resultados cuando del grupo tífico se trata, puede ocurrirnos que sea negativo. Debido á que no era fiebre tifoidea como se sospechaba, sino fiebre de Malta, y que más tarde un nuevo hemocultivo en medio apropiado ó una aglutinación ponga en claro el diagnóstico. De modo que, según nuestro entender, no debe usarse en los hemocultivos exclusivamente la bilis, como se suele hacer frecuentemente.

El mejor de todos los medios para el melitensis es el caldo glucosado. Desechamos los medios sólidos ideados para el hemocultivo, porque dado el tardío crecimiento del germen se secan mucho en estufa, además de que es poca la sangre que en ellos se siembra.

Utilizaremos matraces con unos 200 c. c. de caldo, y en ellos sembraremos 5 á 10 c. c. de sangre, según los casos. Nosotros hemos obtenido resultados positivos sembrando 2 c. c. de sangre en 50 de caldo glucosado puestos en un tubo ancho.

Se lleva á estufa de 37° y sólo á los tres ó cuatro días se observa una ligera turbidez del medio en los casos positivos.

Según Maynard, cuando se aíslan formas bacilares el crecimiento es más rápido, las cuales suelen encontrarse en las formas malignas.

Si hay enturbiamiento *ligero y tardío* es señal de que existe melitensis, y para comprobarlo haremos una gota pendiente donde veremos un coco ó un bacilo corto con un acentuado movimiento browniano. Haremos después una preparación coloreada por el método de Gram y veremos que el mismo coco ó bacilo corto es Gram negativo. Haremos después siembras del caldo en agar, para que cuando crezca á los dos ó tres días en colonias pequeñas, unidas, transparentes, etc., se hagan aglutinaciones al límite con un suero aglutinante específico, de título conocido.

Hecho esto y siendo la aglutinación positiva hasta la mitad del título del suero, por lo menos podemos asegurar que tenemos aislado un melitensis.

Mas puede tener los caracteres primeramente dichos y no aglutinar con el suero melitocócico ó hacerlo á título muy bajo. Haremos entonces aglutinación con un suero paramelitensis, pues se tratará probablemente de un paramelitensis, germen aislado por Reynaud y Negre, y estudiado en cuatro casos por Basset Smith, que les asigna forma más bacilar y una aglutinación frente al suero melitensis; menor que la de los sueros paramelitensis frente al verdadero melitensis.

Los caracteres del crecimiento ligero y tardío, la gota pendiente y el Gram son también en este caso puede decirse que suficientes; mas aun cuando se pueden comunicar al clínico como un adelanto en el informe, éste no se dará hasta que la aglutinación con el suero específico haya sido hecha.

Pueden ser útiles las aglutinaciones hechas con el caldo glucosado donde creció el melitensis, con ello se adelanta en el diagnóstico, mas es preciso tener en cuenta que este tiene hematíes abundantes que pueden simular una aglutinación y originar un error. Pensando

en ello y poniendo un testigo sin suero, puede utilizarse este procedimiento con alguna ventaja.

El aislamiento de bazo, leche, heces y orina no es práctico, y, por tanto, de él no nos ocuparemos.

**Aglutinación.**—Esta no es útil más que rara vez hasta pasada la primera semana de enfermedad, y á veces más tardíamente. Creemos de utilidad hacer varias aglutinaciones con varios días de intervalo, cuando la infección continúa, pues se obtienen á veces resultados positivos en casos que la primera aglutinación fué negativa, por no haber aún suficientes aglutininas formadas en la sangre.

Es preciso para la interpretación de los resultados conocer el caso clínicamente, pues se comprueba frecuentemente que en los períodos febriles la aglutinación es tanto más baja, cuanto más elevada es la fiebre. De todo lo dicho se deduce la utilidad de saber la fecha de comienzo de la enfermedad y la temperatura, pues de este modo es como podemos interpretar mejor los resultados. Por esto sacará tanta más utilidad de todo, el que sea á la vez clínico y bacteriólogo, pues son casos que, aunque considerados generalmente como incompatibles, no sólo son así, sino que sería de desear que todos conociéramos ambas, y no se abandonara tanto la parte bacteriológica, con lo que nada saldría perdiendo ni el enfermo ni el médico.

**Técnica de la aglutinación.**—Sólo nos ocuparemos del método usado por nosotros, que es el de Kolle, por creerle el más cómodo y útil.

Haremos diluciones del suero sanguíneo á investigar con solución salina isotónica al 1 por 25, 50, 100, 200 y 500, poniendo como testigos un tubo sin suero, sólo con solución salina; otro con suero normal de igual especie animal, y otro con suero específico melitensis. Todos estos tubos serán completados con solución salina hasta medio centímetro cúbico.

Añadiremos después el melitensis vivo, de cultivos sólidos de tres ó cuatro días. Con éstos haremos una emulsión de modo que contenga algo más de un asa por centímetro cúbico, y añadiremos á todos los tubos antes dichos medio centímetro cúbico, haciéndose así en todos ellos un total de un centímetro cúbico.

Se llevan á la estufa á 37° dos horas ó una al baño maría, también á 37°, y se observa si hay aglutinación con un aglutinoscopio, ó con los tubos después de agitados, puestos inclinados y mirados frente á una ventana sobre el fondo más oscuro del techo. Si no se ve aglutinación es útil hacer una nueva observación á las veinticuatro horas.

Si existe aglutinación en varios ó todos los tubos de las diluciones y en el tubo testigo que tiene suero específico melitensis, la aglutinación es positiva siempre que los otros dos testigos no tengan aglutinación, mostrando así que el melitensis no se aglutina espontáneamente ni en presencia de suero normal ni de solución salina.

Es útil hacer aglutinación con los paramelitensis de Reynaud y Negré, por si se tratara de una fiebre de este tipo.

Se debe calentar el suero antes de hacer la agluti-



nación a 56° media hora, según aconsejan Raynaud, Negré, Pringault, Fuici, Ronchese, etc., para de este modo destruir las aglutinaciones no específicas.

Son más convenientes los gérmenes vivos que los muertos con formol u otros antisépticos para las aglutinaciones, pues estos últimos los dan más bajos y tardíos. J. Wilson (*The Lancet*, 1922) recomienda desecar los gérmenes para conservarlos y hacer con ellos después de diluís los las aglutinaciones. Asegura no pierden nada su poder aglutinante.

Tidy, Pittaluga, etc., recomiendan no usar solución salina en las aglutinaciones, pues dicen que con ella existen a veces aglutinaciones espontáneas. Usan en su lugar agua destilada.

Este es un procedimiento utilizable para *identificar un germen* que se aglutine espontáneamente en presencia de solución salina, y sobre todo cuando utilizamos el método microscópico.

Tratándose de *identificar un suero*, como se utiliza un germen que hemos comprobado que no se aglutina espontáneamente con la solución salina, creemos no es utilizable tal procedimiento. Nosotros lo hemos empleado con malos resultados. Siendo espontáneamente aglutinable el germen, serán suficientes los electrolitos que el suero sanguíneo lleva para hacer objetivo el fenómeno de la aglutinación, según la teoría de Bordet. No siéndolo es necesario añadir cloruro sódico, que es el electrolito más usado para poner de manifiesto la aglutinación. Nosotros hemos hecho aglutinaciones con gérmenes que no se aglutinan espontáneamente, con suero y diluyendo en un caso con agua destilada y en otro con solución salina.

En la aglutinación hecha con agua destilada a las veinticuatro horas y después de haber estado dos horas a 37° no se veía la aglutinación más que con una lente y finísima al 1 por 25. En la hecha con solución salina con igual germen y suero, en el mismo tiempo se veía perfectamente al 1 por 200. No hubo más que añadir a la primera aglutinación, un poco de cloruro sódico para que esta se pusiere de manifiesto al mismo título.

De modo que para las aglutinaciones macroscópicas, con gérmenes no aglutinables espontáneamente seguiremos utilizando el cloruro sódico para hacer objetivo el fenómeno de la aglutinación.

¿A qué título debemos dar valor diagnóstico a una aglutinación en la fiebre de Malta? Repetimos lo antes dicho: varía con los días que lleve la enfermedad y con la fiebre; creemos aventurado emitir juicios en muchos informes de análisis, como generalmente se hace en este y otros asuntos, sin conocer estos datos y el caso clínico; en general es el médico que asiste al enfermo el que más utilidad puede sacar al interpretar el análisis.

En general diremos nosotros que haciendo las cosas como queda dicho, una aglutinación franca al 1 por 100 da diagnóstico seguro y el 1 por 50 diagnóstico de probabilidad; por debajo de este título no tiene valor.

En la actualidad asistimos un enfermo que sólo dió

aglutinación franca hasta el 1 por 50, siendo una típica fiebre de Malta en la que hemos aislado el germen en sangre. Se hizo la extracción de sangre teniendo el enfermo 40°,2.

Se han hallado aglutinaciones positivas con el melitensis en casos de tuberculosos, de tifus exantemático, de septicemias cócicas, de kala azar, etc. Esto es menos frecuente de lo que se dice, siendo además aglutinaciones muy finas y que no se presentan calentando el suero media hora a 56°.

*Desviación del complemento.*—Utilizada primero por Siere, Gonget, Anclaire, Brun, etc. Raynaud y Negré dicen que con esta reacción fijan los sueros paramelitocócicos en presencia de antígeno melitensis, claro está que con menor intensidad. Es una reacción muy sensible y parece más precoz que la aglutinación; mas dada la variedad de elementos que se necesitan para practicarla, no es tan práctica y fácil como la aglutinación.

*Hematología.*—Como Pittaluga, hemos hallado anemia con hipoglobulia y disminución del valor globular. La fórmula leucocitaria nos da mononucleosis con ligera eosinofilia.

Se han utilizado también otros métodos de diagnóstico como son las reacciones anafiláticas. Durán de Cottes dice que en los enfermos de Malta el inyectarles unas gotas de emulsión de melitensis hipodérmicamente da lugar a fenómenos locales de enrojecimiento, tumefacción, etc., y fenómenos generales de agudización de los síntomas y fiebre. Dice que es una reacción específica y constante.

Nosotros no la hemos hallado así y creemos más bien que se trata del fenómeno que con todas las vacunas y en la mayoría de los individuos se presenta al inyectarles vacunas de cualquier clase, sobre todo de gérmenes Gram negativos, que dan más reacción y si se pone una dosis un poco excesiva, que es distinta para cada individuo.

Todos hemos visto en vacunaciones profilácticas contra la tifoidea individuos inyectados con dosis iguales de la misma vacuna, reaccionar unos con fenómenos locales y generales acentuados y otros no sentir en parte alguna la menor molestia.

Por tanto, para nosotros esto no tiene valor diagnóstico.

Menor valor aún tiene la oftalmorreacción hecha también por dicho autor en la fiebre de Malta.

Nosotros hemos inyectado intradérmicamente vacuna melitocócica para ver si aparecía reacción local de esta manera, no habiendo obtenido resultados concluyentes.

Recientemente Burnet dice haber obtenido resultados excelentes inyectando intradérmicamente del filtrado por bujía Chamberland L de un cultivo en caldo de melitensis de un mes de fecha.

Hemos hecho algunas reacciones con este procedimiento y publicaremos una nota en cuanto reunamos algún número más de casos.

Del tratamiento de la fiebre de Malta nos ocuparemos en próximo artículo.



## De las estrecheces pélvicas más comunes en la clínica y su tratamiento<sup>(1)</sup>

MEMORIA ORIGINAL

DE

IGNACIO FEDRIANI

Que fué calificada con la nota de sobresaliente el día 24 de Junio de 1922.

Es el tercer orden de profilaxis de suma importancia, sobre todo por la diversidad de opiniones que se encuentran en los autores. Yo por mi parte soy completamente opuesto á él, pues creo que nunca el médico por ningún estilo está autorizado á hacerlo. Si puede el médico hacer una operación con cualquier objeto y de resultados de la cual sobrevenga la esterilidad, pero lo que no creo que puede hacer es, producir la esterilidad con el único y exclusivo objeto de librar á la mujer del peligro más ó menos seguro que podría ocasionarle un parto.

No podemos objetar aquí que hay veces que los dos esposos han dado su consentimiento y hasta lo piden, pues sabido es también, cuántas veces vienen á pedirnos mujeres embarazadas que le produzcamos el aborto, y, sin embargo, ninguno lo haría sólo por dar gusto á la embarazada, aparte de que la misma mujer que nos pide la hagamos estéril, puede luego quedarse viuda y volverse á casar é interesarle grandemente el tener sucesión, y entonces ya no hay remedio.

Esta es nuestra opinión sin atender á nuestro criterio moral, por el cual estamos todavía más opuestos á la práctica de esas operaciones cuyo fin es la esterilización.

Por lo tanto, la operación de la ligadura de las trompas nunca la veremos indicada; en cambio, no nos oponemos á que después de una cesárea se practique la histerectomía, siempre que su indicación no sea la de impedir la reproducción por creer que de realizarse el parto pudiera ser peligroso para la madre, pues hasta que no sea llegado ese momento no debemos plantear la cuestión.

### CAPÍTULO X

Con lo dicho anteriormente dejamos terminado nuestro trabajo excepto las conclusiones, las cuales vamos á exponer en seguida que digamos los resultados obtenidos de nuestras propias observaciones:

1.º Considerando como normales las pelvis cuyo conjugado diagonal es de 11, resulta que de los 105 partos por mí observados, sólo 47 son en pelvis normales, lo cual, como se ve, arroja un tanto por ciento elevadísimo de estrecheces, pues es más de un 50 por 100. Ya al hablar de la frecuencia de las estrecheces hemos dicho las causas que creemos influyen en ello.

2.º De las pelvis normales, 29 partos duraron menos de diez horas, 12, más de diez y menos de veinte, y 6, más de veinte.

3.º En las 36 pelvis moderadamente estrechas, 16

partos duraron menos de diez horas, 17, más de diez y menos de veinte, y 5, más de veinte.

4.º En las 19 pelvis de gran estrechez, 2 duraron menos de diez horas, 12, más de diez y menos de veinte, y 5, más de veinte.

De lo anteriormente dicho sacamos la siguiente proporción:

En las pelvis normales más del 60 por 100 de los partos duraron menos de diez horas; poco más de un 25 por 100, duraron más de diez y menos de veinte, y un 13 por 100, duró más de veinte.

En las pelvis simplemente estrechas, un 43 por 100 duraron menos de diez horas, un 45, más de diez y menos de veinte, y un 13 por 100, más de veinte.

Y en los de las pelvis de gran estrechez, un 5½ por 100 duraron menos de diez, un 63 por 100 duraron más de diez y menos de veinte, y un 23 por 100 duraron más de veinte.

En las pelvis normales hubo 24 partos de vértice izquierdo, 22 de vértice derecho, solo uno de nalgas y ninguno de tronco.

En las moderadamente estrechas hubo 17 presentaciones de vértice izquierda, 15 de vértice derecha, cinco de tronco y dos partos de gemelos.

En las de gran estrechez hubo nueve de vértice izquierda, ocho de vértice derecha, dos de nalgas y ninguna de tronco.

En la historia de los partos anteriores tenemos que de las 30 multíparas que hay entre las de pelvis normal, sólo una, que ha tenido ya seis partos, presenta una aplicación de fórceps; en las restantes todos los partos anteriores han sido normales.

De las 28 multíparas que hay entre las de pelvis moderadamente estrechas, cuatro de ellas presentan anomalías en los partos anteriores; de ellas, tres son una aplicación de fórceps en el primer parto, habiendo dos de ellas tenido luego partos normales, y la otra, de seis partos que ha tenido, tuvo cuatro presentaciones de tronco.

Y por último, de las seis multíparas que tenemos con gran estrechez, dos de ellas tuvieron anomalías en los otros partos, la primera en su único parto anterior una aplicación de fórceps, y la otra de sus tres partos anteriores, el primero fué una aplicación de fórceps y el tercero fué de nalgas.

Por lo tanto, en las pelvis normales sólo una treintava parte de las embarazadas presentan anomalías en los partos anteriores, en las moderadamente estrechas sube á la sexta parte, y en las de gran estrechez sigue subiendo hasta alcanzar nada menos que la tercera parte.

De los partos que nosotros hemos observado, terminaron espontáneamente todos los de las pelvis normales, menos dos, uno por placenta previa (en que se hizo la rotura artificial de las aguas y al encajarse la cabeza cesó la hemorragia, y terminó espontáneamente), y otro que se hizo una aplicación de fórceps por inercia uterina.

En los de pelvis moderadamente estrechas tenemos un parto de gemelos en el que se hace una aplicación

(1) Véase el número anterior.



de fórceps al primero y una extracción podálica al segundo. Dos partos de tronco, en uno se coloca el balón de Champetier de Ribes y se rompen luego las membranas cuando la dilatación es completa, haciendo la versión podálica, y en el otro se presenta la enferma después de haber estado bastante tiempo haciendo fuerzas y el feto tiene procidencia de un brazo y del cordón. No teniendo latidos ni movimientos, por lo tanto, considerando que está muerto se hace la hembriotomía raquidiana.

En los de gran estrechez se hacen dos extracciones de nalgas.

En cuanto á la mortalidad fetal en las pelvis normales, sólo hubo un feto muerto, correspondiente á la aplicación de fórceps, de que damos cuenta; en las moderadamente estrechas hubo cinco defunciones, y en las de gran estrechez hubo tres defunciones.

Por lo tanto, en las pelvis normales hubo un 4 por 100 de intervenciones y en los otros dos grupos se eleva á un 10 por 100.

La mortalidad fetal que en las pelvis normales es de un 2 por 100, en las simplemente estrechas es de un 12 por 100 y en las otras de un 15 por 100.

#### CONCLUSIONES

De todo lo anteriormente expuesto, se deducen las siguientes conclusiones:

- 1.<sup>a</sup> Que las estrecheces pélvicas son mucho más comunes que lo que generalmente se cree.
- 2.<sup>a</sup> Que la estrechez pélvica más frecuente, es la pelvis plana.
- 3.<sup>a</sup> Que á medida que la estrechez es mayor aumentan: el número de horas del parto; las anomalías en las presentaciones; el número de intervenciones que hay que realizar, y la mortalidad fetal.
- 4.<sup>a</sup> Que en los partos en pelvis estrechas son más fáciles de llevar felizmente á su fin, conociendo de antemano la pelvis y su grado de estrechez.
- 5.<sup>a</sup> La necesidad de reconocer y medir sistemáticamente la pelvis de toda embarazada.
- 6.<sup>a</sup> Que aun en grados bastante avanzados de estrechez puede darse un parto normal.
- 7.<sup>a</sup> Que por lo tanto, no debe uno precipitarse en terminar un parto, ni esperar indefinidamente, sino adoptar una actitud que pudiéramos llamar de expectación armada.
- 8.<sup>a</sup> La gran ventaja que supone, en las estrecheces poco acentuadas, provocar el parto á las treinta y cinco semanas.
- 9.<sup>a</sup> Que siempre que el parto no sea posible espontáneamente, y conservándose íntegra la bolsa de las aguas, contemos con material suficiente y personal adecuado, debemos preferir la cesárea conservadora á cualquiera otra intervención de las que hemos hablado.
10. Caso de no contar con buen material y ayudantes, debemos decidimos por la pubisección.
11. En ningún caso, sea el que fuere, se estará autorizado para hacer la basiotripsia ni ninguna otra operación que vaya directamente contra la vida de un feto que creemos todavía vivo; y

12. No debemos tomar como medida profiláctica ningún medio ante concepcionista. (Ligadura de las trompas, castración, histerectomía, etc.).

#### Bibliografía.

- E. Bun: Tratado completo de Obstetricia.  
 Ribemont: Desagües.--Tratado de Obstetricia.  
 S. Roccasans: Tratado de Obstetricia.  
 Breus Kolisko: Obstetricia.  
 Mañueco: Actas del II Congreso de Obstetricia, Ginecología y Pediatría.—Datos de Pelvimetría en España.—El feto á término en España.  
 Investigación personal: Ciento cuatro casos y dos años de internado en la clínica de partos del Hospital Civil, de Málaga.  
 Dibujos del autor.  
 Sevilla, 8 de Mayo de 1922.

#### Bibliografía.

PRÉCIS DE PHYSIOLOGIE MICROBIENNE, por Maurice Arthus, profesor de Fisiología en la Universidad de Lausanne. (Un volumen de 403 páginas de la *Collection de Précis Médicaux*; Masson et Cie. Editeurs; en rústica 17 francos, en pasta 19 francos, 1921.)

El nombre del profesor Arthus es bien conocido de los médicos y de los estudiantes de Medicina en España; pero especialmente estos últimos acogen sus obras con una notoria preferencia; puede decirse que el éxito franco del *Précis de Chimie Physiologique* y del *Précis de Physiologie*, del ilustre profesor de Fisiología en la Universidad de Lausanne (que cuentan hoy día nueve y seis ediciones, respectivamente), ha sido un éxito obtenido sobre todo en el ambiente estudiantil. Y este éxito debe satisfacer por completo á su autor, puesto que tales obras suyas han sido dedicadas en particular á los estudiantes.

Teniendo esto presente, no es de extrañar que el nuevo libro del profesor Arthus, publicado en el año último, y cuyo título indicaba el estudio de una cuestión tan confusa como sugestiva, fuera recibido con evidente entusiasmo y haya obtenido un éxito indiscutible, no sólo entre los estudiantes aficionados á la microbiología, sino también entre los cultivadores profesionales de esta especialidad.

El *Précis de Physiologie microbienne* comprende 16 capítulos, que se ocupan, sucesivamente, del problema de las generaciones espontáneas; de las condiciones y las manifestaciones generales de la vida de los microbios; de las fermentaciones; de las diastasas microbianas; de las enfermedades microbianas; de las toxinas microbianas; de las proteínas tóxicas y los venenos; de la inmunidad antitóxica; de los sueros antitóxicos; de la anafilaxia; de los sueros precipitantes y los sueros aglutinantes; de los sueros bacteriolíticos, hemotolíticos y citotóxicos; de la inmunidad antimicrobiana natural; de las inmunizaciones antimicrobianas ó vacunaciones; del mecanismo de la inmunidad adquirida y de la resistencia del organismo y la virulencia microbiana.

Todas estas cuestiones están tratadas con gran acierto. Dejando el autor á un lado, ó en un lugar muy secundario las teorías, las hipótesis y sobre todo los datos de erudición, expone las cosas de un modo esencialmente demostrativo, basado constantemente en la experimentación, dirigido particularmente á convencer al lector por la fuerza de los hechos y razonando las objeciones que puedan hacer dudar de los resultados obtenidos y de sus consecuencias. Al mismo tiempo establece las aplicaciones prácticas más importantes y se atrae la atención sobre los hechos fundamentales.



Por lo tanto, no se trata en realidad de un libro cuyo valor científico esencial iguale al de otros del mismo autor, pero su valor didáctico y demostrativo es, á nuestro entender, extraordinario. Es un libro principalmente de demostración, que trata de convencer valiéndose de ejemplos, comparaciones y sobre todo de experiencias, de la realidad é importancia de los hechos adquiridos actualmente, pero que han pasado por una época más ó menos larga de discusiones é interpretaciones variadas.

Con tan excelentes condiciones el libro de Arthus resulta una obra altamente educadora para los investigadores y experimentadores. Al saborear nosotros su deliciosa lectura, pensamos si el profesor de Lausanne al escribir este libro tendría presente las palabras de Cajal, en sus *Reglas y consejos sobre investigación biológica* (pag. 16, 4.ª edición, 1916), libro que tantas veces hemos leído:

«¡Qué gran tónico sería para el novel observador el que su maestro, en vez de asombrarlo y desalentarlo, con la descripción de las cosas acabadas, le expusiera el pasado embrionario de cada invención científica, la serie de errores y titubeos que le precedieron, constitutivos, desde el punto de vista humano, de la verdadera explicación de cada descubrimiento!»

EMILIO LUENGO,

## Periódicos médicos.

### BACTERIOLOGIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Importancia del examen directo extemporáneo de los esputos, después de lavados, para el estudio de las infecciones secundarias ó asociadas de los tuberculosos, por F. Bezançon y A. Biros.**—El estudio de las infecciones secundarias asociadas en la tuberculosis, parece escapar al análisis corriente y que sólo puede ser hecho en los laboratorios de investigación, por medio del cultivo y de la inoculación á los animales. De ordinario, los bacteriólogos indican cuidadosamente en los análisis las bacterias «asociadas» (neumococo, estreptococo, micrococus catarrhalis, paratetrágono, etc., y algunas veces hasta formas que recuerdan el cocobacilo de Pfeiffer); pero los médicos, escépticos por la banalidad de los resultados que les muestran los mismos gérmenes en casi todos los análisis, no conceden á los datos suministrados por el laboratorio más que una importancia muy pequeña. Teniendo en cuenta que los esputos van acompañados siempre de cierta cantidad de saliva, y, por lo tanto, pasado algún tiempo, los gérmenes de ésta invaden al esputo, los autores recomiendan que se haga el análisis después de un lavado previo del esputo en suero fisiológico, y además hacer, por lo menos, un examen rápido antes de que los gérmenes de la saliva hayan podido penetrar en el esputo. Según las observaciones de los autores, la rapidez de la infección varía con la naturaleza de los esputos y con la temperatura ambiente; parece ser más rápida en los esputos mucopurulentos (de cinco á nueve horas) que en los esputos apelotonados, cavitarios (de doce á quince horas). Con la técnica del examen extemporáneo, previo lavado, los autores han estudiado 29 casos de tuberculosis, practicando en total 120 exámenes. En 23 observaciones no han encontrado más gérmenes que el bacilo de Koch. De ellas, 18 se trataba de formas úlcero-caseosas banales, tres de formas fibrosas, pero en brote de evolución caseosa, dos de formas neumónicas. En ocho casos, con fiebre héctica, el examen no ha revelado más que el bacilo de Koch. En seis casos, por el contrario, encontraron bacterias á pesar del lavado; de ellos, tres eran formas bronquíticas

en esclerosos pulmonares, y otros tres, en los que se había producido un incidente agudo; neumonía, brote congestivo pleuropulmonar, córticopleuritis. Existen datos de gran interés desde el punto de vista del pronóstico que son susceptibles de explicar la anomalía aparente de esos casos en los que se encuentran lesiones considerables con muy pocos bacilos. Si estas lesiones fueran imputables únicamente al bacilo de Koch, implicarían reblandecimientos extensos y un proceso de cavernización avanzado, cuando la evolución de la enfermedad está, precisamente, en contradicción con estos hechos. El lavado hace siempre disminuir el número de gérmenes extraños al esputo, pero deja siempre los causantes de la infección secundaria. Los autores concluyen, que si la asociación secundaria tal como se comprendía otras veces, debe ser rara y no jugar más que un papel episódico, es preciso hacer jugar un papel importante á los microbios saprofíticos de las vías respiratorias, tales como el neumococo, como una causa importante para despertar lesiones tuberculosas latentes. En este caso, tan pronto la lesión tuberculosa pasará rápidamente al primer plano, tan pronto, por el contrario, no sucederá más que un reavivamiento pasajero de esa lesión, encontrándose solamente bacilos en pequeño número y momentáneamente, y la lesión evolucionará desde el punto de vista clínico más bien como una lesión neumocócica que como una lesión tuberculosa. (*Le Courrier Medical*, núm. 29, 4 y 11 de Septiembre de 1921).—LUENGO.

2. **Nueva técnica para la preparación de los esputos destinados á la investigación del bacilo de Koch, por M. Despeignes.**—El tiempo más delicado y más largo de la investigación del bacilo de Koch en los esputos, puede decirse que es la confección del frottis, á consecuencia de la viscosidad del producto que dificulta la perfecta extensión del mismo. El autor ha descubierto casualmente un método que remedia este inconveniente y que consiste sencillamente en someter el esputo, recogido en una cápsula de Petri, á una temperatura de 120°, durante veinte minutos en el autoclave. Terminada la esterilización se toma con un asa de platino uno de los grumos que flotan en el líquido grisáceo que proviene de la disociación de los esputos y se hace fácilmente la extensión. La experiencia ha demostrado al autor que cuando existen bacilos de Koch, se les encuentra en esos grumos y solamente allí; sin embargo, para mayor seguridad, cuando faltan grumos se centrifugará el líquido gris sucio y se hace la extensión con el depósito obtenido. Siempre que se encontraban bacilos por el método ordinario, se encontraban también en las preparaciones hechas por este nuevo procedimiento; á veces no se han encontrado por el primero y sí con el segundo (*Le Courrier Medical*, núm. 8, 6 de Marzo de 1921).—LUENGO.

3. **Un nuevo procedimiento de vacunación antidifterica, por MM. Jules Renault y Pierre Paul Levy.**—El tratamiento preventivo de la difteria por medio de las inyecciones de suero se dirige esencialmente á producir en el organismo una inmunización pasiva, que resulta, desde luego, muy útil y recomendable en tiempos de epidemia, pero que pasadas tres ó cuatro semanas ya no preserva á los niños contra ulteriores contagios.

Por tal causa han sido muy numerosos los investigadores que han proseguido las tentativas de inmunización activa iniciadas por Behring y reemprendidas recientemente por Park y Zingher, sobre bases y con resultados que hacen concebir grandes esperanzas.

Los autores de esta comunicación, apoyándose en los trabajos de los citados profesores neoyorquinos y conservando la idea directriz de los mismos, después de múltiples



experiencias en animales, han conseguido perfeccionar y simplificar el método sin el menor perjuicio para sus condiciones de inmunidad é inocuidad.

La nueva vacuna francesa, al igual de la americana, se halla compuesta de toxina diftérica y de antitoxina, pero formando una mezcla hiperneutralizada, es decir, conteniendo un fuerte exceso de antitoxina, lo que la pone al abrigo de todo peligro. Además, su preparación es sencilla y se hace en el mismo momento de usarla, cosa que no ocurre con la vacuna americana, pues por tratarse de una mezcla subneutralizada, es decir, conteniendo un ligero exceso de toxina, no es utilizable sino al cabo de varios meses de preparación y tras repetidos ensayos sobre cobayas para fijar rigurosamente el exceso proporcional de toxina.

La mezcla T + A de los autores se halla formada por una cantidad de toxina de 50 unidades tóxicas y por una cantidad de suero antidiftérico de 50 unidades antitóxicas. Ahora bien, como según se sabe cada unidad antitóxica neutraliza aproximadamente 100 unidades tóxicas, la cantidad de suero contenida en la mezcla sería capaz de neutralizar 5.000 unidades tóxicas.

Para su dosificación, tanto la toxina como el suero, se diluyen previamente en agua fisiológica, calculándose las diluciones en tal forma que para cada 1  $\frac{1}{2}$  c. c. de mezcla, corresponde 1 centímetro de dilución de toxina y  $\frac{1}{2}$  centímetro de dilución de suero.

La vacunación se lleva á cabo por medio de inyecciones hipodérmicas, de 1  $\frac{1}{2}$  centímetros de mezcla cada una, practicadas con intervalos de una semana hasta el número de tres, confiando los autores en que pronto podrán reducirlas á dos y aun quizá á una sola.

Las reacciones vacinales se limitan á una corta elevación de la temperatura, rara vez náuseas y más excepcionalmente vómitos; nada de reacción local.

Los ensayos han sido practicados solamente sobre niños con reacción de Schick positiva, considerándoles ya como inmunizados desde el momento en que la difterino-reacción llega á hacerse negativa.

De tales observaciones, que alcanzan á quince meses, se deduce que esta vacuna confiere al principio inmunidad pasiva que dura solamente hasta que se agota la influencia del suero contenido en la mezcla. La inmunidad reaparece, pero ya en forma activa, del segundo al cuarto mes, en la mitad de los casos, aproximadamente, y del cuarto al sexto, en casi todos los demás vacunados.

Animados los autores por resultados tan alentadores prosiguen sus investigaciones para llegar al establecimiento definitivo de un método de vacunación antidiftérica sencillo, eficaz y desprovisto de peligro. (*Com. á l'Académie de Médecine*, 6 de Mayo de 1922).—T. R. Y.

## CIRUGIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

#### 1. Hernia crural estrangulada durante once días.—

El Dr. Campos García publica el siguiente interesante caso clínico:

Al interrogatorio hecho, el enfermo cuenta que padecía su hernia desde hace ocho años, sin sufrir grandes dolores y solamente ligeras molestias, por lo que no prestaba cuidado á su defecto: no ha usado bragueros. Once días antes de su ingreso en el hospital notó un dolor agudo en la ingle derecha, en el sitio donde tenía el tumor, y al pretender introducirse, éste no cede, aumentando bastante los dolores; no por esto llama al médico y sí se conforma con aplicarse unturas con aceite y otros remedios caseros, que le aconsejaron. Dejó transcurrir en estas condiciones cinco ó

seis días empezando á tener vómitos, primero biliosos y más tarde oscuros y de mal olor, hasta ser francamente de excremento. En vista de ello se decide á llamar al médico del pueblo y le recomienda que con toda urgencia sea traído al hospital, pues necesitaba ser operado. ¡Y aun así dejaron pasar unos días más!!

Cuando llega á nuestras manos el enfermo, han transcurrido once días de estrangulada la hernia. ¿En qué condiciones tan pésimas se encontrará ese intestino?—nos preguntamos mentalmente—. Y nos decidimos á operarlo, con la seguridad de obtener poco éxito, pues no dudábamos que estaría gran parte esfacelado.

El enfermo es un anciano de setenta y seis años, cuya miseria fisiológica es muy marcada, su estado general es deplorable, siendo su síntoma principal la toxemia tan intensa que padece por la reabsorción de excremento. Los vómitos son casi continuos, de materia fecal líquida, pulso filiforme y frecuente, el abdomen abultado y timpanizado, pero sin defensa peritoneal y sin dolor. Este lo acusa solamente localizado al sitio de la tumoración, cuyo tamaño es el de una naranja mediana, situada por debajo del arco crural en el sitio del anillo. Un poco movable lateralmente, de sonido semi-mate, de consistencia lisa y resistente é irreductible á la presión. No ha obrado ni expulsado gases desde el primer día de estrangulársele la hernia.

En estas condiciones nos decidimos inmediatamente á operarle, y suponiendo tuviese necesidad de hacer resección de intestinos, se preparó el instrumental propio para ello. Previa anestesia etérea por la debilidad cardíaca del paciente, y los preparativos asépticos necesarios, dimos comienzo al acto operatorio. Hecha la incisión y aislada la tumoración, procedimos á ir despegando las cubiertas del saco, hasta llegar á él, presentando sus paredes (que eran bastante delgadas) una coloración oscura. Entre dos pinzas se cogió su fondo haciéndole una pequeña abertura por donde se introdujo la sonda acanalada y se incindió su pared, derramándose una pequeña cantidad de líquido sanguinolento muy oscuro: el asa intestinal estrangulada se encontraba muy distendida, pero en mejores condiciones de lo que esperábamos.

Inspeccionamos el sitio de la estrangulación que era doble; precisamente de anillo crural, que seccionamos por su parte interna y además del cuello de saco, costando gran trabajo introducir el extremo del dedo meñique que guiaba al hermiotomo; se dilató dicho cuello, atrayendo con facilidad el asa estrangulada cuyas lesiones anatómicas más importantes se reducían á dos manchas, correspondientes al sitio donde había estado el intestino aprisionado por el cuello del saco. Estas manchas eran de color oscuro, pero sin tono gris apizarrado y fueron cambiando de color á más rojo claro, conforme se iba restableciendo la circulación. Como quiera que no existían vestigios de estar comprometida la vitalidad de estas paredes, una vez que nos cercioramos cambiaba el aspecto del intestino, decidimos, previo lavado con suero, abandonarlo á la cavidad.

Una vez hecha la ligadura del saco, su extirpación y el cierre del anillo crural en lo posible con tres puntos de sutura, se procedió á los puntos de la piel, sin drenaje, aplicando el apósito de Kocher, y dando por terminada la operación.

El enfermo reaccionó á la media hora de ser operado, haciendo una deposición abundantísima seguida de otras, encontrándose en estado satisfactorio la misma tarde. El curso postoperatorio fué completamente normal, mejorando paulatinamente y adquiriendo fuerzas durante los días sucesivos. No hubo reacción de temperatura, y en vista de que



el apósito de Kocher se encontraba perfectamente limpio, esperamos á los nueve días que le fueron quitados los puntos, quedando la herida cicatrizada por primera intención.

Este ha sido el caso tal como nos lo refirió el paciente al hacerle la historia y los detalles exactos del acto operatorio. Y deduciendo consecuencias, exponemos nosotros: ¿es posible una estrangulación sin haber fallecido el enfermo antes de llegar al hospital, y lo más curioso, no encontrarse en el intestino lesiones de mortalidad?

Lógicamente se comprende que este enfermo no sucumbió porque su estrangulación no le produjo lesiones necróticas ni perforantes, y así fué batallando con su grave estado de toxemia.

En resumen, deducimos que aunque en casos poco frecuentes, existen (sin comprender la patogenia de ellos, pues en éste la estrangulación era verdadera desde el primer momento) herniados que resisten bastantes días con su hernia estrangulada.

El operado á los dos días de quitarle los puntos, clínicamente fué dado de alta de su operación, aunque continúa en el hospital para tonificarse. (*Revista Médica*, Málaga, Julio de 1922).

**2. Contribución al estudio de los abscesos perinefríticos dichos primitivos.**—El Dr. Rodríguez Molina publica el siguiente caso clínico:

Señora V. P., blanca, de veintidós años de edad.

Historia familiar, sin importancia.

Antecedentes personales: ha tenido sarampión en su infancia y por lo demás ha gozado de buena salud siempre.

Hace un año sufrió una contusión en uno de los costados sin que recuerde en cuál de ellos fué.

El día 20 de Febrero del corriente año ha dado á luz un feto vivo con un parte normal, habiendo tenido un embarazo normal también.

El día 18 de Febrero, dos días antes del parto, se le presenta dolor en el epigastrio y región lumbar con escalofrío y fiebre de 40°.

El día 21 el vientre aumenta de volumen, el dolor es más intenso, y la fiebre continúa.

El día 22 todos los síntomas se agravan y su médico de cabecera diagnostica apendicitis.

El día 23 la enferma ingresa en el sanatorio del Centro Balear y se hacen cargo de su asistencia los Dres. Ignacio Benito Plasencia y Joaquín Corbera; estos doctores no aceptan el diagnóstico de apendicitis.

A su entrada la enferma presentaba gran abatimiento general, angustia, vientre elevado y timpánico, lengua ligeramente húmeda. Pulso á 120. Dolor en el hipocondrio y flanco derecho y región lumbar, con defensa muscular, los puntos renales derechos, dolorosos. Los signos apendiculares son negativos. Se sospecha una lesión renal que da lugar á todo este cuadro. Como la enferma hace tres días, según sus propias afirmaciones, que no mueve el vientre, se le ordena un lavado intestinal de alumbre al que sigue una abundante evacuación de materias fecales, se le indica la sonda rectal de Murphy que hace mejorar algo el estado general.

Día 24: Temperatura igual que el día anterior, pulso 140, vientre más suave, lengua más húmeda, enemas de alumbre durante el día. Por la noche la vemos y observamos una defensa muscular en la región lumbar, puntos renales más dolorosos; á la palpación se nota una tumoración mal limitada que no pelotea y que ocupa el hipocondrio derecho; no hay rubicundez, ni edema de la pared.

Día 25: Temperatura 39°, 8. Pulso, 140. No hay escalofríos, no hay edema de la pared, no hay rubicundez, sigue la tumoración y dolor intenso en los puntos renales.

El examen de la orina da el resultado siguiente:

Cantidad en veinticuatro horas...	850 c. c.
Albúmina.....	0,61.
Urosafina é indicana.....	Contiene.
Urea.....	13,91.
Cloruros.....	1,07.
Sangre.....	No tiene.
Pus.....	Numerosos leucocitos.
Epitelio.....	Plano numeroso.
Cilindros.....	No tiene.
Glucosa.....	No tiene.
Acetona.....	No tiene.
Fosfato amónico-magnésico.....	Urato amónico.
Reacción.....	Alcalina.

Se avisa al Dr. Rodríguez Molina que hace un cateterismo doble de los uréteres y comprueba que ambos meatos ureterales son normales; á simple vista se nota la orina del riñón derecho algo más densa y de un color más subido que la del lado izquierdo, no hay retención de orina en ninguna de las dos pelvis renales, las eyaculaciones ureterales son normales y al examen de laboratorio se comprueba que ambas orinas son sensiblemente iguales.

Se hace el diagnóstico de absceso perinefrítico del lado derecho. Se hace una punción á nivel del ángulo costolumbar derecho y se extrae por aspiración 5 c. c. de un pus fétil de color verdoso. Se hace una amplia incisión por el Dr. I. B. Plasencia, auxiliado del Dr. Corbera, que da salida á una gran cantidad de pus del mismo carácter que el anterior.

El examen del pus acusa la presencia de estafilococos. A partir de este día, todos los síntomas fueron cediendo y la enferma fué dada de alta el día 11 de Marzo, completamente bien.

No ha sido posible encontrar otras razones etiológicas al caso de absceso perinefrítico que acabamos de describir, que el traumatismo sufrido por ella en la región lumbar hace algún tiempo y que ella no recuerda en qué lado fué. El puerperio de esta enferma fué bueno, sus loquios normales, y además, los primeros síntomas de la afección se presentaron dos días antes del parto que, como ya hemos dicho anteriormente, fué normal, ninguna lesión de la piel, forúnculo, ántrax, etc., ninguna afección intestinal, ninguna afección bronquial, ni de las amígdalas, que pudiera ser la responsable de este absceso, que en los primeros momentos se nos presenta con ese cuadro tan difuso.

Sin que nosotros pretendamos ahora pasar una revista innecesaria á todas las causas de abscesos perinefríticos, más que sabidas olvidadas, séanos permitido anotar el hecho de que cada día son más frecuentes los casos de abscesos perinefríticos de causas lejanas; el profesor Leguen nos da á conocer en los *Archivos urológicos de la Clínica de Nicker*, tomo II, algunos casos de esta naturaleza tales como: abscesos perinefríticos sobreviniendo un mes después de una erisipela de la cara, otro á estafilococo sobreviniendo dos meses después de un absceso periférico.

El Dr. A. Lavenant, antiguo cirujano asistente del servicio Civile, en el *Journal D'Urologie*, tomo XII, núm. 2, nos da á conocer un caso de absceso perinefrítico apareciendo en un enfermo que había sufrido un traumatismo, quince meses antes, en el flanco correspondiente y cuyo traumatismo consistió en una contusión sin lesión de los tegumentos.

Según el profesor Leguen, el tratamiento no tiene más que una influencia localizadora de una infección preexistente y no se le debe atribuir un papel importante en una clasificación etiológica; sin negar este papel en la localización del absceso, queremos fijar este punto importante, de que no creemos tan secundario el papel del traumatismo en la patogenia de estos abscesos, puesto que las lesiones que dan



lugar á hematomas de larga y difícil reabsorción crean un *locus minor* resistencia á una infección venida después, y por otra parte, ofrecen un excelente medio de cultivo á los microbios circulantes. (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, 25 de Julio de 1922.)

### TERAPEUTICA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Contribución al estudio del tratamiento de las infecciones puerperales estreptocócicas por un suero antiestreptocócico, preparado según un método nuevo, por Mme. Skrongold-Vinaver.**—La autora señaló en 1919 un procedimiento personal de preparación del suero antiestreptocócico, que consiste en la vacunación de los caballos con una sola dosis fuerte de un cultivo vivo de estreptococo humano virulento desde el principio para el ratón. Con suero así preparado, ha tratado un número de puerperas. Considera de la mayor importancia el poder establecer el diagnóstico bacteriológico antes de que aparezca la infección en esta clase de enfermas, y de este modo instituir un tratamiento racional antes de la primera elevación térmica, impidiendo que los gérmenes se difundan y penetren en el organismo. Sólo el examen bacteriológico de los loquios, hecho lo más precozmente posible, puede, por la presencia ó ausencia de estreptococos, suministrarnos un aviso, un medio de pronosticar la infección posible ó probable. Para la obtención de las secreciones uterinas se introduce mediante el espéculum un tapón de algodón hidrófilo en el extremo de un alambre, y todo ello perfectamente esterilizado, en el cuello uterino, sembrándolo después en un tubo de caldo que se lleva veinticuatro horas á la estufa, al cabo de las cuales se hace un examen del caldo y una siembra en agar. Con esta técnica la autora ha examinado 625 puerperas, de las cuales 240 (38 por 100) presentaban estreptococos en el cuello uterino. Con frecuencia la presencia del estreptococo en los loquios cogidos en el cuello, no se acompañaba de ninguna elevación de la temperatura; otras veces producía una ligera elevación térmica pasajera, sin accidentes, y en 40 casos existía infección de forma localizada ó generalizada. En las 385 mujeres cuyos loquios resultaron negativos en estreptococos, nunca se observó un caso de fiebre puerperal. Las 40 mujeres positivas se pueden distribuir de la manera siguiente: 20 casos, en los que se instituyó el tratamiento cuando la temperatura (tres á cuatro días después del parto) era de unos 39° y con estreptococos en los loquios; 16 casos, con temperatura superior á 39°, llegando á 40° y aún más (escalofríos, loquios fétidos con estreptococos, útero doloroso); cuatro casos de septicemia (hemocultivo positivo con estreptococo). En las dos primeras series ha practicado las inyecciones subcutáneas de suero (una inyección de 60 c. c. por día durante tres). En las 36 mujeres así tratadas, la caída de la temperatura ha ocurrido rápidamente (en tres á cuatro días), al mismo tiempo que el estreptococo desaparecía de los loquios y la enferma entraba en la normalidad. En los cuatro casos en que el estreptococo había franqueado ya la barrera uterina ocurrieron tres defunciones. Se deduce, por tanto, de este trabajo y de la estadística que presenta su autora, que el estreptococo puede existir en el cuello uterino sin que existan fiebre ni otros accidentes; pero si la temperatura sube y la infección puerperal se establece, es siempre en mujeres cuyos loquios contienen estreptococos. Siempre que, guiados por el *contrôle* bacteriológico hecho antes de todo signo de infección, se interviene con la seroterapia desde el comienzo de los primeros accidentes característicos de la

fiebre puerperal, la acción del suero da lugar rápidamente al descenso térmico, á la sedación de los síntomas infecciosos, á la desaparición del estreptococo y á la curación; 36 mujeres así tratadas han curado todas. (*Le Progrès Médical*, núm. 29, 16 de Julio de 1921.)—LUENGO.

2. **Herpes recidivante y autoseroterapia desensibilizadora, por M. Tzanck.**—Clásicamente se describen dos especies de herpes: un herpes febril que acompaña á ciertas pirexias infecciosas (pneumonía, meningitis cerebroespinal, encefalitis epidémica), ó en el cual la erupción es la única manifestación de la afección, y un herpes apirético que suele recidivar de forma desesperante en ciertos sujetos predispuestos, adoptando variadas localizaciones (queratitis herpética, etc.).

Las opiniones recientes acerca de esta cuestión expuestas por el autor, parecen incluir al herpes en el cuadro de las ectodermosis debidas á virus filtrantes. Sin negar este origen infeccioso del herpes, es lo cierto que las recidivas de que se acompaña habitualmente le hacen emparentar con otras afecciones, también recidivantes, como la jaqueca, asma, urticaria, etc., en las cuales hay derecho á invocar alteraciones humorales que han sido catalogadas hasta hace poco bajo la etiqueta diatésica de artrismo. En estas condiciones es muy natural que acudiera á nuestro espíritu la correlación entre esta naturaleza particular del herpes y la idea de tratarle por el método desensibilizante, tan en boga hoy en día.

Como consecuencia de esto, el autor aconseja tratar el herpes de la siguiente manera: se extrae del enfermo, en estado de crisis, 40 c. c. de sangre, cuyo suero (15 c. c.), después de la coagulación, se reparte en 10 ampollas de uno y medio centímetros cúbicos cada una. Inyectando cada dos ó tres días una de dichas ampollas al enfermo obtendremos su curación. Al menos así ha ocurrido en tres casos tratados por el autor y que aparecen como curados después de haber transcurrido varios meses. (*L'Hopital*, Enero de 1922.)—T. R. Y.

### RADIOLOGIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Un caso de radiodermitis después de una sesión de radioscopia en un tuberculoso pulmonar, por MM. Gaussel y Villa.**—Ingresa en un sanatorio un enfermo que presenta secuelas de tuberculosis quirúrgicas: gibosidad pottica y cicatriz de un absceso costal operado. El diagnóstico pulmonar es «Tuberculosis fibrosa con enfisema». El enfermo, artrítico, de color pálido y corpulencia vigorosa, ha hecho ya una cura de helioterapia bastante prolongada y ha sufrido hace tres meses una radiografía de la columna vertebral (sesión radiográfica de cinco minutos, aproximadamente).

En el sanatorio se procede á la radioscopia de su tórax: examen de cara, dos minutos, aproximadamente; examen de espalda, de treinta á cuarenta minutos. La intensidad de la corriente no sobrepasa dos miliamperios.

Al cabo de tres días, tras de una picazón intensa, aparece en el hueco epigástrico una placa eritematosa con flictenas, que se va agrandando hasta alcanzar 11 centímetros de anchura por 8 centímetros de altura.

El dermis está desnudo. Curas de vaselina simple. Cicatrización al cabo de un mes. Es probable que la cura de helioterapia y la sesión de radiografía hayan sensibilizado su epidermis, favoreciendo así la aparición de la radiodermitis después de una corta sesión de radioscopia. (*Montpellier Medical*, núm. 7, 1.º de Abril de 1922.)—T. R. Y.



# 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 socorro.*

#### Boletín de la semana.

Una palabra nada más, sobre sanidad pública.

¡Todo sea por Dios!—Más sanidad.

Muy lacónicos hemos de ser hoy acerca de lo que podría sugerirnos algún rumor que hasta nosotros llega, relativo al estado de la salud pública en Barcelona y Almería, suponiendo que en la primera de estas poblaciones se presentan casos de peste y que en la segunda ha habido algunos de fiebre amarilla. Nuestros informes oficiales que hemos procurado recoger de bueno é indiscutible origen, son absolutamente tranquilizadores, pues lo ocurrido en la primera de estas ciudades no ha sido sino una ligera acentuación de algo que en estos últimos tiempos se ha repetido y sofocado en ella, y respecto á Almería, nos aseguran que no hay nada de cierto al presente, respecto á tal epidemia.

Nos complacemos en comunicar esta nota tranquilizadora, pues no podemos creer que en los Centros oficiales se incurra en el desacreditado y arcaico procedimiento de ocultar la verdad, cuando la ciencia, la experiencia y la conciencia nos dicen que la principal arma contra enemigos tales como los ahora supuestos es el conocimiento de la verdad.

Tranquilos en el confiado cumplimiento de nuestro deber nos hallábamos, cuando hará cuatro ó cinco días un nuestro amigo, hombre político importante y no médico, aunque sí amigo de los médicos y en particular de algunos médicos, nos decía lleno de extrañeza: «Son ustedes verdaderamente extraordinarios y fuera de abono.» «Se pasan ustedes la vida convenciéndonos á los profanos de que la Sanidad pública y la higiene administrativa deben ser cosa peculiar de los médicos, pensada por ellos, por ellos organizada y por ellos llevada á la ejecución; y luego entre ustedes, lo primero que hacen es procurar demostrar lo más públicamente posible sus desacuerdos de doctrina y sus incompatibilidades personales, dándonos á los extraños espectáculos nada edificantes de odios, rencillas, envidias y todo linaje de malas pasiones, con tal de destruirse los unos á los otros.»

«¿Por qué no empiezan ustedes por hacer Higiene interior en el Cuerpo Médico, logrando inutilizar y haciendo enmudecer á los que con sus actos y predicaciones consiguen que todos les miremos á ustedes con desconfianza y con justificado recelo,

alejando así la realización de lo que ustedes llaman sus ideales? Dígoles esto, porque acabo de leer un artículo, en periódico político de mucha circulación, en el que un señor médico, para mí desconocido, se lamenta de la influencia omnímoda que supone en los señores Cortezo, Martín Salazar y Pulido, para la realización de la obra sanitaria.» «Esto en ninguna otra profesión tiene semejante; si esos señores han dedicado su vida entera á procurar la realización de un ideal, que todos sus compañeros aseguran que es el de la totalidad de la clase, aparte los detalles egoístas de lucro que ciertas parcialidades ó personas pudieran sentir, á nadie podría ocurrírsele que por esto se les motejara, antes bien, debiera encomiarse como digna de aplauso, de alabanza y de imitación, una conducta que nadie puede sospechar, de cerca ni de lejos, como interesada. Menos todavía se concibe por abogados, ingenieros, industriales, ni siquiera por los últimos mercachifles, el que á hombres semejantes á éstos, se les cuenten los días de vida que puedan quedarles, dejando transparentar con esto el deseo de que sean pocos.»

Oímos la lamentación de nuestro amigo, y con la paz serena que deseamos poder conservar en lo poco que dicen que nos queda de vida, le contestamos sonrientes:

«No se apure usted; los lamentos de ese señor no llegarán al cielo.»

De mí puedo responder que estoy decidido á continuar haciendo lo que *mi conciencia*, sólo *mi conciencia*, me ha señalado como deber, cumpliendo obligaciones que estaban taxativamente marcadas á esos mismos que me censuran, y que las han olvidado, empleando como bien les ha placido los elementos materiales que se les señalaban para cumplirlos. Por lo demás, de mi íntimo amigo el Sr. Cortezo puedo responder que si tanta influencia tuviese, como á diario le dicen, dado su carácter y modo de proceder, no andarían tan despreocupados los que á las claras muestran que son perturbadores impenitentes de nuestra paz y del sosiego decoroso de la digna clase médica.

Al entrar en prensa nuestro periódico leemos en otro de la mañana, aclarando algo de lo que decimos al principio del Boletín:

#### Contra la peste bubónica.

Barcelona, 18.—El Dr. Martín Salazar, director general de Sanidad, ha realizado hoy una visita de inspección á los



lugares donde radican los focos de peste bubónica, á fin de estudiar sobre el terreno las medidas convenientes para atacar de una manera rigurosa dichos focos. Según informe que tenemos por seguro, los casos que se han señalado en Barcelona en total son 14, y la alarma que se produjo últimamente obedeció á que el sábado último se denunciaron seis casos de enfermos sospechosos, los cuales parece haberse comprobado que no eran pestíferos. De los 14 casos de que hablamos, la mayor parte eran leves, y se encuentran en vías de curación.

Sabemos que las autoridades van á empezar inmediatamente una persecución enérgica contra las ratas, exterminándolas con los procedimientos científicos que son conocidos.

En realidad, los casos actuales están aislados, y no existe el temor de que se propaguen; pero el verdadero peligro lo constituye el contagio de la peste entre las ratas, que podrían reproducir la terrible epidemia con caracteres graves dentro de algunos meses. Para evitarlo son las medidas que se van á adoptar.

Con efecto, la ciencia sanitaria aconseja como medio indispensable para atajar las epidemias de peste lo que hoy se llama la *desratización*; es decir, el exterminio de las ratas, que por sí mismas y por las pulgas que sobre ellas llevan diseminan el contagio.

Ahora bien: ¿Será esta operación fácil en una población como la de Barcelona, en la que las alcantarillas se encuentran en el más deplorable estado, á pesar de las prescripciones de urbe adelantada de que hace alarde á diario su Ayuntamiento? ¿Cuándo acabará éste por ocuparse de un modo digno de aquella hermosa ciudad, de este asunto de sus cloacas y del abastecimiento de sus aguas? Desde el punto de vista sanitario, es decir, de vida material, esto es lo que constituye el verdadero adelanto, más que otras pomposas exhibiciones y exposiciones.

DECIO CARLÁN

## UN LIBRO SOBRE EL DR. PULIDO

Ha visto la luz un libro que lleva por título «El doctor Pulido», y que se debe á la correcta pluma del académico correspondiente de la Historia, D. Manuel L. Ortega. Para evitar que nuestro juicio pueda tacharse de interesado y al propio tiempo deseosos de que nuestros lectores conozcan la opinión que el tal libro merece, nos limitamos á reproducir lo que sobre él dice periódico de tanta autoridad como *El Liberal* de Madrid:

«Pocas veces ha merecido la vida y la obra de un hombre el ser sintetizada en un libro con mayores y más justos títulos que la de este hombre ilustre, colaborador en las más grandes empresas de la ciencia médica española y luchador infatigable para la defensa de todas las obras justas. Todos los grandes problemas vitales para la vida, la cultura y la higiene de este país han tenido en él un campeón de ánimo tenaz é incan-

sable. Su vida ha sido una vida de sacrificio, de abnegación y de estudio, puesto siempre este último al servicio de esa labor callada, pero fecunda que poco á poco va vigorizando la sangre y las energías del país, mientras otros, con más deslumbradoras apariencias de gobierno, las van debilitando poco á poco.

Toda esta labor ha sido al fin detallada y descrita en un libro como debió serlo hace tiempo, por el académico correspondiente de la Academia de la Historia D. Manuel L. Ortega. Lleva el libro por título «El doctor Pulido», y todo él está consagrado á resumir, poner en relieve lo realizado por Angel Pulido.

En sus páginas están detalladas desde su altruista y patriótica campaña en favor de los judíos españoles desterrados de su patria, hasta su labor política dentro del partido de Castelar.

Causa asombro al leer el interesante libro del señor Ortega la obra realizada por el sabio doctor. Además de su trabajo de médico, funda y organiza centros de cultura, Asociaciones benéficas, laboratorios de investigación científica y une su ciencia á la de médicos tan ilustres como Esquerdo, Rubio y Ferrán. Gracias á él se aprueba una ley sobre el paludismo, se reforma el Código penal en lo que se refiere á las ejecuciones capitales quitándolas la repugnante exhibición ante el público.

Explica después el autor del libro los trabajos sociológicos realizados en el Instituto Nacional de Previsión y en el de Reformas Sociales; estudia su reciente libro «El cáncer comunista», obra importantísima que no puede olvidarse al tratar de este problema.

Ortega nos da á conocer también la personalidad íntima, saturada de altos idealismos y de amor al prójimo, y nos retrata al ilustre colaborador de Ferrán, al panegirista de Castelar, al defensor de los sefardíes, como incansable luchador y paladín de todas las causas nobles.

Son tantas, que se necesitaría publicar todo el libro para enumerarlas.

D. Manuel L. Ortega ha realizado una obra meritísima al publicar su libro «El doctor Pulido». Es un digno homenaje hecho á una de las más ilustres figuras de la ciencia española de nuestro tiempo.»

## EL SEGURO DE ENFERMEDAD Y LOS MÉDICOS

POR EL

DR. ECHEVARRÍA

El progreso de los tiempos impone un campo de acción mucho más amplio de la función social á costa del factor político, y una modalidad de esta evolución se concreta en los seguros sociales que indudablemente constituyen un avance laudable.

En España se trata en estos momentos de la implantación de éstos, y especialmente nos incumbe el seguro contra la enfermedad.

Esperábamos con interés el proyecto que se elaboraba, interés que compartíamos con todas las Asambleas



profesionales que se han celebrado en estos últimos meses que pedían el conocimiento del proyecto.

Ya está hecho público; se trata ahora de concretar el porvenir que ofrecerá a los médicos la implantación del seguro contra la enfermedad y si producirá mayor independencia, más dignidad, decoro y prestigio en el desempeño de la profesión y mayores ó menores rendimientos que el actual sistema de las titulares.

De la lectura de las bases tenemos que confesar que no se encuentra desenvuelto más que de un modo muy vago y nebuloso, cómo será la actuación de los médicos con relación al seguro, y conviene que desde el primer momento quede concretado de una manera terminante su cometido.

Se señala que regirá el seguro para los trabajadores, empleados, etc., con sueldo que no exceda de 6 pesetas diarias. Nos parece oportuna la cifra y conveniente para el rendimiento profesional: los que en la actualidad disfrutan de sueldos ó jornales alrededor de ella no tienen derecho a ser incluidos en las listas de beneficencia, la mayoría de las veces no pueden costear una asistencia médica a poco que se prolongue, y engrosan las listas de morosos.

Anotaremos que quedan asegurados los obreros de ambos sexos, pero quedarán fuera del seguro y no tendrán derecho a asistencia la esposa cuando no sea asalariada, que es en la mayoría de los casos, los niños, etcétera. Nos referimos en este punto a los que no figuran en la actualidad en la beneficencia, porque se impone al médico la obligación de asistencia a las familias pobres.

*La administración del seguro.*—Se establecen Cajas locales, provinciales y la Central ó general, cuyos Consejos de Administración integrarán representantes obreros, patronos, del Estado y el alcalde. En la Caja central no figura el alcalde, y en cambio una Comisión del Instituto Nacional de Previsión y dos médicos nombrados por los facultativos adscritos al servicio de las cajas.

No nos parece oportuno que figure el alcalde en la Caja provincial, que sería el de la capital de la provincia, el cual entrará en la Caja local correspondiente. En cambio, si se reconoce la necesidad de que figuren dos médicos en el Consejo central, ¿qué motivo hay para que no estén representados en cada Consejo local y en cada provincial? Se reconocerá más fácilmente esta necesidad, si se tiene en cuenta que la orientación de estos Consejos será «el perfeccionamiento progresivo de los servicios médicos, las iniciativas y reformas higiénicas más provechosas para la salud del proletariado, la creación de enfermerías, policlínicas y sanatorios», asuntos todos de carácter predominantemente técnicos.

Nos parecería oportuno prohibir que la presidencia de estos Consejos recayera en los alcaldes para quitarles toda apariencia de organismo político, pudiendo recaer la presidencia en el representante del Estado, aunque no acertamos a vislumbrar quién sería éste en los pueblos pequeños, ¿acaso el Juez municipal? Y ahora con los puntos oscuros del proyecto en cuanto se refiere al desenvolvimiento profesional médico, haremos

un cuestionario de preguntas y le comentaremos tan modestamente como hasta aquí.

*¿Quién nombrará a los médicos de las Cajas?*—No se dice taxativamente en el proyecto. Copiamos: «Las Cajas de Seguro contratarán con los médicos.» ¿Pero cuál Caja, la local, la provincial ó la central? Parece que será la local, porque se dice más adelante: «Los Consejos locales cuidarán de organizar un servicio médico...»

*¿Y convendría a los médicos depender de los Consejos locales?*

Conocido es el criterio de campechanería, de favoritismo, de comadrería que rige en nuestras villas. ¿Y con este criterio han de nombrar los médicos? La elección más veces que justiciara ha de ser caprichosa.

Si se queja la clase de la forma de concursar las actuales titulares los Ayuntamientos, ¿se perfeccionará el sistema siendo el medio local idéntico, aunque el organismo sea distinto? Me parece que es fácil contestar negativamente.

Además, esta fragmentación de los nombramientos de médicos en la multitud de Cajas, en ese ambiente obscuro, ¿no ha de ser propicio a la injusticia? Unificados los nombramientos en las alturas, a toda luz, ¿no había más garantía de acierto? Creemos francamente que sí, y además se crearían lazos de unión entre los médicos que desempeñan iguales cargos. Por todo, estimamos que los nombramientos deben partir del Consejo Central.

Además, el nombramiento de médico de las Cajas ¿será indefinido ó temporal? Porque en este último caso volverá la clase a los tiempos en que los Ayuntamientos los nombraba y los destituía a su antojo, y, por tanto, es preciso asegurar el nombramiento indefinido.

*¿Qué condiciones se necesitarán para ser nombrado?*—No se dice nada en el proyecto; nosotros creemos que ninguna mejor que la demostración de la capacidad por medio de la oposición; es claro, que sería una incomodidad la centralización en Madrid de las oposiciones; por eso proponemos que se realice en las capitales de provincia ante los organismos médicos ya constituidos: los Colegios Médicos.

*¿Oposiciones directas para cada plaza?* Eso sería demasiado enredoso.

Puesto que actualmente existen clasificadas las titulares en cinco categorías, debemos mantenerlas, si se quiere revisadas, y se ingresaría por oposición para cubrir las vacantes de la última categoría a medida que se fueran originando; con el resultado de la oposición, el Colegio Médico propondría al Consejo Central los nombramientos de los victoriosos.

El ascenso a las categorías superiores podía ser por turno de antigüedad y otro de oposición.

Con este sistema, los asegurados tendrían la mayor garantía y el médico el más alto prestigio.

*¿Quién les ha de pagar?*—«Las Cajas de Seguro pagarán a los médicos...» ¿Pero cuál Caja, la local, la provincial?

«Las Cajas locales tendrán la misión de recaudar las primas de los asegurados y pagar las cuotas a los enfermos.» No dice que pagarán a los médicos.



«Las provinciales serán depositarias de las cantidades recaudadas.»

«A la Central se le reserva la administración de los fondos y la dirección financiera de la Empresa.» ¿Podría deducirse de aquí que ésta será la encargada?

Si así fuera nos parecería acertado, y si acumularse demasiado trabajo esta centralización, podría encargarse a lo sumo la Caja provincial.

Lo que no debiera admitirse es que fueran las locales, porque las lamentables condiciones que apuntamos en que se desenvuelve la vida rural no es la más apropiada para asegurar la regularidad del pago.

¿No se limita el número de médicos de cada Caja?—No sólo no se limita, sino que «los Consejos locales cuidarán de organizar un servicio médico numeroso.»

Conocido es el exceso de médicos en los tiempos actuales que ha obligado a la clase a pedir el cierre de las facultades por un número de años. Pues... todavía se alienta para que los médicos de cada Caja sean numerosos; y esta congestión originaría las luchas fraticidas, la guerra de la baratura de la tarifa y el desprestigio colectivo. Y, además, donde tiene el médico que luchar sin llegar a satisfacer las más apremiantes necesidades, no puede desempeñar con la debida serenidad la función que se le confía, ni dedicar la tranquilidad de que no dispone al estudio, y resulta perjudicada la misma Sociedad.

Pues parece que se quiere volver a los tiempos en que los Ayuntamientos creaban, disminuyendo la remuneración, todas las titulares que demandaban sus conveniencias políticas, y esto sería manifiestamente un retroceso.

Con arreglo a las necesidades actuales está establecido legalmente hoy un número determinado de titulares. Estimamos que del nuevo sistema debiera utilizarse el número actual de éstas por cada término municipal, aumentándolo con arreglo al número de asegurados según una cifra de éstos por cada médico (¿la actual de 300 familias por cada titular?).

¿Qué forma de remuneración tendrán los médicos de las Cajas?—Examinemos las dos posibilidades:

A) Sueldo fijo: No parece que se tienda a establecer esta forma de pago por lo que luego diremos.

Si se adoptase sería una copia modificada de los actuales sueldos de los titulares. Recordaremos que con arreglo al Real decreto de 1904, éstos son los siguientes:

1. <sup>a</sup> categoría.....	2.500 pesetas.
2. <sup>a</sup> — .....	2 000 —
3. <sup>a</sup> — .....	1.500 —
4. <sup>a</sup> — .....	1.000 —
5. <sup>a</sup> — .....	750 —

Haremos notar que estos sueldos, insignificantes en la época de su publicación, son en la actualidad verdaderamente irrisorios y que ya se venía pidiendo su duplicación.

¿Pero podrán concedernos estas cantidades las Cajas de Seguros? Hagamos un pequeño cálculo: Tomemos como tipo de sueldo de titular 2.000 pesetas por asistencia de 300 familias pobres, y resulta próximamente

a 6,50 pesetas lo que se cobra al año por cada familia en el sistema de titular.

Veamos lo que puede obtenerse en el sistema de seguro: Se dice en las bases que el obrero contribuirá con la cantidad del 2 al 4 por 100 de su jornal; utilicemos como tipo para el cálculo el 3 por 100 en un jornal de 5 pesetas diarias, y resulta con una aportación de 0,15 pesetas diarias.

Se estatuye en las bases que los obreros aportarán las tres quintas partes del capital social, los patronos una quinta parte y otra quinta parte el Estado; es decir, que si el obrero contribuye con quince céntimos diarios, el patrono lo tendrá que hacer con cinco y el Estado con otros cinco.

Y tendremos veinticinco diarios de capital social por cada obrero.

¿Cómo se invertirá esta suma? Declaramos que si hemos hecho los anteriores cálculos con datos de probabilidad, en este otro punto los datos son completamente hipotéticos por nuestro desconocimiento de las tablas de previsión. Pero arriesguémonos: Destinemos de esos veinticinco céntimos, diez para las cuotas de jornales durante la enfermedad, cinco para gastos de administración, cinco para la asistencia farmacéutica y quedan cinco para pago del médico. Cinco céntimos diarios que son 1,50 pesetas mensual y 18 anuales por cada obrero.

Llegamos a la conclusión de que en el sistema de titular obtenemos 6,50 pesetas anuales y en el de seguro 18 pesetas por cada obrero, y si parece que hemos adoptado elementos muy altos para el cálculo, redúzcase a la mitad.

B) Pago por asistencias.—Parece que esta forma será la que se elija porque se afirma en las bases que los asegurados elegirán el médico que prefieran y que las Cajas de Seguros pagarán a los médicos el importe de las asistencias.

No se especifica si se ha de estipular el pago por visitas ó globalmente por cada enfermedad, y así como las actuales Compañías de Accidentes del Trabajo asignan una cantidad por la asistencia de una fractura del fémur, una luxación, etc., así se determinará una cantidad por la asistencia de una neumonía, de una fiebre tifoidea, etc. Es claro que este segundo medio de pago es totalmente inaceptable, porque se abusaría de las visitas del médico.

En el sistema de pago por visitas, el rendimiento profesional dependerá de la morbilidad. Revelan las estadísticas alemanas, austriacas, inglesas y de norteamérica, que los obreros pierden de trabajo por enfermedad diez días al año, según se consigna en el preámbulo del proyecto.

Esa enfermedad de diez días al año por cada obrero, ¿no habría de rendir al médico más de 6,50 pesetas que le proporciona el sistema de titular? Es claro que la contestación depende de la tarifa que se adoptara.

En Francia, donde el ministro del Trabajo tiene en estos momentos presentado un proyecto de ley sobre esta materia, se trata de implantar por algunos el sistema que rige en Lyon desde hace algunos años. Por



cada visita el asegurado entrega un ticket al médico, cuyos tickets adquieren en la Caja Aseguradora. El médico trimestralmente entrega á la Caja los tickets que haya recogido de sus visitas y los liquida con arreglo á la siguiente

## TARIFA MÍNIMA ACTUAL

Visita á domicilio.....	8 francos.
Consulta en el gabinete.....	6 —
Examen completo de admisión...	10 —

Para evitar el abuso de las visitas en perjuicio de los intereses de la Caja Aseguradora, al adquirir el asegurado los tickets se les hace pagar la cuarta, la tercera ó la mitad de su valor. Por las visitas de noche desde las ocho á las ocho de la mañana, por las visitas hechas los domingos, por las pequeñas operaciones, etc., el asegurado debe entregar al médico, además del ticket, una cantidad igual al valor de éste, pagada al contado.

No vemos inconveniente en que se adoptase tal sistema en España, aunque la cifra de nuestra tarifa sería más reducida como corresponde al valor de la moneda.

En resumen: creemos que en la base IX del proyecto se debiera hacer constar:

«Para los efectos del servicio médico, las Cajas de Seguro locales conservarán la clasificación de las cinco categorías de las actuales titulares.

El ingreso en el Cuerpo de Médicos de Cajas de Seguros será por la última categoría, mediante oposición ante los Colegios Médicos donde radiquen las vacantes, expidiendo los nombramientos por tiempo indefinido el Consejo central.

El ascenso será por un turno de antigüedad y otro de oposición.

En cada Caja local determinará el Consejo central el número de médicos que deben servirla.

La forma de pago se hará por visitas, por cada una de las cuales, así como por cada servicio, entregará el asegurado un ticket, que se liquidará trimestralmente con arreglo á una tarifa general con la Caja provincial.

Los médicos de las Cajas tendrán representación propia en todos los organismos encargados de la preparación y de la aplicación de esta ley.»

—

Estimamos de tal transcendencia la reforma que se proyecta, que de ella puede resultar la emancipación de los actuales médicos titulares ó la permanencia de la esclavitud contemporánea, sin esperanza de que se presente oportunidad de romper las cadenas antes de otra centuria.

Por eso conceptuamos imprescindible que los Colegios Médicos recogieran la opinión de los médicos españoles mediante un cuestionario que enviasen á cada profesional, acompañado de los datos informativos que le ilustraran esta materia, haciendo un esfuerzo para que el resumen de la clase médica se llevase á la Conferencia nacional que se ha de celebrar en Barcelona dentro de unos meses.

Llerena (Badajoz).

## El drama de un espíritu y la comedia de una vida (1)

POR

F. JAVIER CORTEZO

## III

En toda su labor pública, como en el recuerdo de su comercio íntimo durante su vida, dió Poe siempre muestras de una densa y selecta cultura.

Su labor lírica, de difícil estudio para los que no dominan la lengua inglesa, está reconocida como magistral, y en poemas tan conocidos como *El Cuervo*, que tradujo al castellano nuestro Eduardo Marquina, se recoge la vibrante emoción que campea en todas las creaciones de su espíritu exquisito.

Es notable lo que su pone su obra lírica de rebelde é innovadora en la poesía anglo-americana.

Su primer libro de versos (1832) no se vendió apenas, y cuando años después Poe se hizo famoso, se encontraron en él bellezas y notabilidades, sólo entonces señaladas por los críticos.

Puede decirse que Edgar Poe representa por sí solo el movimiento romántico de la lírica americana. *Anabel Lee*, *El país de los ensueños*, *Las campanas*, etcétera, etc., con sus ritmos complicados y armónicos, con su profundidad, con su pureza y transparencia de pensamiento, son admirables composiciones. Pero casi intraducibles.

Empieza para nosotros la vida de Poe á interesarnos técnicamente cuando en virtud del resonante triunfo obtenido en el certamen abierto por una revista de Richmond, donde se premió su novela *Manuscrito encontrado en una botella*, pasó Poe á dirigir el *Southern Literary Messenger*, fundado por Tomás White.

Tenía en tal momento Edgar ¡veintidós años! y aquella revista debió á su inteligencia, cultura y esfuerzo, la prosperidad que alcanzó.

Durante dos años sostuvo la improba labor de la crítica sobre todo género de asuntos, con las enormes responsabilidades de este género de trabajo, y una producción original que le logró la atención y el aplauso de numerosísimo público.

La miseria de Poe en aquel momento era grande. Su padre adoptivo Mr. Allan acababa de morir. Poe fué á verle en sus últimos momentos, y aquel hombre, influido por sus familiares, no supo perdonar las faltas del joven y le amenazó con un bastón, para que no llegase hasta el lecho en que estaba expirando. Su testamento no le nombró siquiera.

Sujeto al producto de su trabajo, que fué mucho tiempo nulo, al ganar los 100 dólares del premio en el certamen y más tarde un sueldo de 500 dólares al año, como director de la revista, Edgar elevó en su imaginación el palacio de su dicha sobre dos nobles sentimientos: la gratitud y el amor.

Y se casó. Casó con Virginia Clemm, su prima, la que le acompañó en su triste juventud de mísero desconocido; la que le viera triste y solo en sus lecturas y

(1) Véase el número 8.591.



estudios despreciados por el ambiente fuerte y egoísta de los marylaneros industriales de Baltimore; la que le ayudara en el sostenimiento material con su trabajo de costura, llevado á la rapacidad de los almacenistas, en mendicación humilde, por la señora Clemm, la madre ejemplar que supo fundir su alma con la de aquellos dos soñadores hasta hacer una sola de su fe y de su esperanza; la rubia y sentimental *gairl* que acompañaba sus paseos en torno de la bahía anchurosa y espléndida que cortaba la ciudad, aun modesta, y por las riberas rugidoras del Patapsco, aun felizmente desguarnecidas de factorías, muelles y belenes industriales; la que oyera sus primeros versos y admirara sus fantasías incomparables llenas de misteriosos terrores y de atormentador interés; la que supo verle, doliente y callada, doblado al peso de su desventura, sacudir los pavorosos abatimientos de un sistema nervioso agotado por la hipertensión de un trabajo prodigioso de meditación y de pensamiento, con el mentidor reposo del alcohol, sin queja ni reproche, comprendiendo el dolor del sentir inmenso de un alma espléndida, arrinconado, mazado, comprimido, pateado por la ridícula farsa de una vida organizada por los más que son los torpes, los viles, los necios, los egoístas, los zafios, los estériles y los indiferentes; la que fuera por algún tiempo la espectadora única de aquella gran tragedia que haría reír fuera de casa y lanzaba olas de llanto amargo en su pobre corazón estremecido; la primera entre *aquellos, tan contados, que me aman y yo amo*; la bella flor que adornó la *zahurda de miserables*, que fué la sociedad que le envolvía.

Edgar Poe bebió, sí, se emborrachaba brutalmente, era un *dipsómano*. ¡Ya pueden estar tranquilos los que en tal punto quisieron verlo todo! Poe alcohólico. Y en seguida acompañadme en la lectura de un juicio de los que en tal aspecto le enjuiciaron:

«Sin el opio y sin el vino, Baudelaire no hubiese sido Baudelaire. Sin la ginebra y sin el ron, Poe hubiese quedado en un poeta insignificante al que jamás el genio habría ni rozado con sus alas...»

Este es el juicio de un literato y *médico*, y por esta condición especial le escojo entre los muchos semejantes que he leído.

¿Es posible decir tal enorme cosa si se conoce la literatura, la medicina y el deber de un crítico?

La palabra *pseudo* tiene un franco sentido mercantilista que la excluye, en mi opinión, de todo emplazamiento cerca de un calificativo determinante de un estado psíquico. Podrán calificarse de *semi* una tela, un melón, un licor, un estado económico, etc., etc., pero el pseudo-loco, el pseudo-dipsómano, el pseudo-moral, el pseudo-genio, son incomprensibles.

Los que han seleccionado entre las producciones artísticas un grupo, bien nutrido, al que califican de *estética enfermiza*, con más ó menos razón, dieron en tildar á muchos de sus productores de pseudo-locos, y tanto en éste como en el dictado de pseudo-dipsómano aplicados á Edgar Poe estamos muy distantes de compartir el criterio, pues para el final nos parece inútil la merma del calificativo, y para la obra anterior injusto el achacar el mérito al mal hábito.

El alcoholismo crónico adquirido por hábito intemperante, nunca puede ser causa de una producción artística, y menos si ésta es elaborada largamente con genial inspiración, exquisito estilo, gran idealidad, profundidad filosófica de análisis y cultura enorme é imaginación vivísima.

El uso del alcohol puede ser hábito nefasto para un hombre de talento que á pesar del alcohol desenvuelva su vida intelectual, pero que como cualquiera otro hábito antihigiénico, acabará por mermar y agotar las facultades del que le padece.

El sistema nervioso refleja vivamente el medio higiénico en que se baña, á la manera de un elemento electropductor; sales y ácidos que sean un medio excitante deberán guardar la relación necesaria para que la vibración se produzca sin acumular en torno del elemento noble el exceso que llegue á hacer inútil la facultad de producir por no llegar hasta él la excitación que le conmueva.

La percepción es antes que la impresión, y la expresión de ella es la creación de lo nuevo. El artista que no percibe genialmente, no se impresiona ni expresa genialmente. La belleza de lo creado no puede existir si no se sintió bellamente lo ya existente. Es decir, nada se consigue con excitar de modo anormal la facultad productora, si se obnubila la percepción y se deforman las impresiones.

El producto de estas excitaciones será, á lo más, una más rápida y viva expresión de lo anteriormente percibido, pero lo que sea reflejo de las percepciones recibidas bajo su influencia serán siempre confusas, anormales, falsas, nunca darán la impresión armónica de lo estético.

Yo creo sinceramente que es imposible la ejecución de una obra bella bajo la influencia del alcohol, y que los artistas que siendo alcohólicos fueron artistas, lo fueron á pesar del morboso hábito, cuando lo permitió él y hasta donde él lo permitió, sobreponiéndose á su daño y nunca á favor suyo.

¡Son tantos! Ni Hoffmann, ni Rollinat, ni Musset, ni Baudelaire, ni Poe pueden tomarse de ejemplo en que el alcohol haya elevado ni mejorado sus magistrales producciones.

Por muy borracho que se esté no se escribe el *Gato Murr*, ni las *Confesiones de un hijo del siglo*, ni *Las noches*, ni las *Flores del mal*, ni *Eureka*, ni *Mirella*, ni *El retrato ovalado*, ni *Metzengerstein*. Y si se escriben, á pesar de estar borracho, no se es un pseudo-loco, ni un pseudo-genio, ni un pseudo-dipsómano; se es la inteligencia nacida, cultivada y ejercitada para la creación de la obra de arte y atacada insensatamente por un hábito adquirido en misteriosa lucha consigo y con los demás al que entregamos el regio caudal de un cerebro de élite, como entregamos nuestro corazón á la veleidad de una mujer y nuestro dinero al azar ó á la voracidad de la usura.

(Continuará.)



## EN EL COLEGIO DE MEDICOS

Convocados por el presidente del Colegio de Médicos Dr. Blanc y Fortacín se reunieron en el local de dicho centro oficial los presidentes de los Colegios de Farmacéuticos, Veterinarios, Odontólogos y Practicantes, Sres. Llopis, García Izcarra, Díez y González Cruz con los Sres. Arquellada, Barrera y Martín Menéndez, de la Directiva del Colegio.

Motivó la reunión el planteamiento de un problema de vital interés para las clases sanitarias allí representadas; la Federación de las mismas en la provincia de Madrid á semejanza de lo que se ha hecho en otras provincias.

La defensa de intereses colectivos sólo es posible constituyendo grandes bloques gremiales compuestos de organismos afines que desenvolviéndose cada uno autónomamente tengan por reglamentación que ponerse en contacto para la defensa de los intereses que afectan á la entidad entera ó á cada uno de sus grupos constituyentes.

Deliberaron los reunidos acerca de cuál es la orientación que debiera emprender la Federación una vez constituida para el logro de sus fines; razonaron y pensaron el pro y el contra de los medios hasta ahora puestos en práctica, y convinieron en mantener todos aquellos que no fueran atentatorios á la dignidad y prestigio de las profesiones cuya delegación ostentaban los allí presentes.

Convencidos de la misión social que aquéllas representan, y de la inmensa participación que los individuos que las ejercen tienen en la vida de la nación, en la conservación de la salud de sus ciudadanos, en el desenvolvimiento y fomento de la economía y en el adelanto y perfeccionamiento de sus costumbres, mantuvieron el criterio de creerse con derecho á intervenir en las funciones legislativas. A este fin acordaron exteriorizar su criterio por Asambleas, artículos de Prensa y propaganda individual, hasta lograr tener en Cortes una representación genuina y efectiva de las clases sanitarias que, sin estar afiliada á partido político de los hoy existentes, colabore con ellos, pero exija también el respeto á los intereses de sus representados.

### Gaceta de la salud pública.

#### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 704,1; ídem mínima 701,4; temperatura máxima, 26°,3; ídem mínima, 7°,8; vientos dominantes, NE. E.

Continúa siendo satisfactorio el estado de la salud pública en Madrid. Los casos sospechosos de hidrofobia, aun los remotamente sospechosos que se hallaban en tratamiento, han disminuído considerablemente. Los estados catarrales generalizados y los localizados en las vías respiratorias, no ofrecen caracteres de gravedad; los afectos agudos intestinales están contenidos en los límites de proporción normal.

Siguen en los niños presentándose anginas catarrales, inflamatorias y algunas histéricas que, por lo general, ceden al tratamiento conveniente.

### Crónicas.

**Brigada Sanitaria provincial de Valladolid.**—En Valladolid, donde hace un año funciona con inmejorable éxito la Brigada Sanitaria provincial, se celebró el día 8 de Octubre la Asamblea anual reglamentaria de tan útil é importante organismo.

El señor inspector provincial de Sanidad, jefe técnico de la Brigada, Dr. Bécares, leyó una detallada y bien escrita

Memoria en la que da cuenta de su organización, servicios realizados y orientación á seguir en lo sucesivo. Mucho sentimos que la falta de espacio nos impida hacer siquiera un extracto de cuanto interesante encontramos en ella, limitándonos á indicar aunque sea á grandes rasgos los servicios practicados durante el año que lleva funcionando.

En el Laboratorio se han hecho 163 análisis de aguas de bebidas, 25 de sangre, tres de productos patológicos diversos, cuatro de heces de orinas, siete de productos expectorados, cinco de masa cerebral de cuatro perros y un gato hidrófobos y seis de alimentos.

Detalla después los servicios practicados en los mismos domicilios de los enfermos, con el auxilio del Laboratorio portátil que la Brigada posee; las visitas de los 153 pueblos de la provincia para enterarse de las condiciones higiénicas que reúnen las fuentes y pozos de abastecimiento público, lavaderos, abrevaderos, mataderos, cementerios, canales, cauces de agua, evacuación de residuos, lagunas y terrenos pantanosos, con lo que se consiguió en muchos pueblos la corrección de los defectos más importantes en este orden de servicios.

Da cuenta de la ampliación del nuevo servicio de la vacunación antirrábica, operación practicada con inmejorables resultados.

Otro de los servicios más importantes de la Brigada es el traslado de enfermos á los centros hospitalarios, que portadores de procesos agudos, médicos ó quirúrgicos necesitan una intervención inmediata.

En el Parque de Sanidad detalla los servicios practicados cuya relación es muy importante, lo mismo que las desinfecciones practicadas en los domicilios de los enfermos, sumando buen número de servicios.

Dicho trabajo fué premiado con calurosos aplausos por el numeroso público que llenaba el local.

Una segunda parte de la sesión fué destinada á entregar al Dr. Bécares la placa de oro que por suscripción le han regalado las autoridades, corporaciones, entidades, clases sanitarias y amigos particulares, para premiar la labor realizada por tan competente funcionario al frente de la inspección provincial de Sanidad y jefatura de la Brigada.

En representación de los adheridos al homenaje, el señor García Novoa, gobernador civil de la provincia, después de pronunciar un elocuente discurso hizo entrega al Dr. Bécares de tan preciado recuerdo.

El Dr. Bécares en sinceras palabras agradeció el homenaje, prometiendo continuar trabajando para conseguir hacer de la Brigada Sanitaria un verdadero Instituto de Higiene.

A la una de la tarde, en el Hotel Inglaterra, se celebró un banquete en honor del Dr. Bécares, acompañándole en la presidencia representaciones de autoridades, corporaciones y clases sanitarias, y ocupándose el resto del local por más de 200 comensales.

En todos los actos reinó gran entusiasmo.

**Homenaje á dos profesores argentinos.**—La Real Academia Nacional de Medicina ha otorgado, recientemente, el nombramiento de académicos corresponsales al doctor Julio Méndez, decano de la Facultad de Medicina de Buenos Aires por elección escolar, y al Dr. Héctor Dasso, profesor de Microbiología de la Facultad de La Plata.

Con este motivo ha organizado y llevado á cabo la clase escolar de la República Argentina un solemne homenaje en el que han tomado parte los elementos universitarios y médicos más conocidos.

**Curso de Neuropatología y Psiquiatría.**—El lunes 16 ha dado comienzo en el Real Hospital del Buen Suceso un curso libre de Neuropatología y Psiquiatría, el Dr. Villaverde.

El curso consistirá en tres veces por semana presentación de enfermos y prácticas de exploración, discusión de los síntomas y de los problemas relacionados con el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades nerviosas y mentales.

Al mismo tiempo, á propósito de cada enfermedad, se enseñarán en el microscopio las lesiones histológicas que la caracterizan, mostrando de esta manera la correlación entre los síntomas y su anatomía patológica.

**Sanidad Militar.**—La Gaceta del día 14 de Septiembre publica varios decretos del Ministerio de la Guerra, en virtud de los cuales se nombra inspector de Sanidad Militar de la segunda Región al inspector médico de segunda clase D. Fi-





del Lombana y Sáez, que desempeñaba igual cargo en la séptima Región; se nombra para su sustituir al Sr. Lombana en la séptima Región, al inspector de igual clase D. José Salvat y Martí, que desempeñaba el de la octava Región; y para ésta á D. José Fernández y Salvador, de igual categoría, que desempeñaba el mismo puesto en la segunda Región.

Por otro Decreto del mismo departamento y publicado en la *Gaceta* del día 15, se dispone que D. Ramón Sáez y García, inspector médico de primera clase en situación de primera reserva, pase á la segunda por haber cumplido la edad que determina la ley de 29 de Junio de 1908.

**Primer aniversario de la muerte del Marqués de Villamejor.**—El día 18 hizo un año que falleció en Lausana (Suiza) el ilustre Marqués de Villamejor, Duque de las Torres, de inmarcesible recuerdo para todos los madrileños y para la alta sociedad española.

En el duelo producido por la muerte de este prócer, desde la triste fecha en que le vieron desaparecer para siempre, han tomado parte principalísima todos los elementos que componen la Redacción y la Administración de *EL SIGLO MEDICO*, porque fué su desinteresado cooperador y su sincero amigo.

La familia del finado Marqués de Villamejor no puede dudar que el día del aniversario de la muerte de éste, es un día de luto para *EL SIGLO MEDICO*.

**Renuncia.**—Nos consta que el señor conde de Romanones ha renunciado, en términos irrevocables, el cargo que venía desempeñando de presidente de la Junta de Patronato y Defensa de los Médicos Titulares, habiendo rogado que para las próximas elecciones no se le presente para reelección alguna.

**Un manicomio para Málaga.**—La Orden hospitalaria de San Juan de Dios ha pedido autorización al Gobierno civil para instalar un manicomio regional bajo la dirección administrativa de aquellos religiosos, que han adquirido al efecto una finca de recreo llamada San José. La solicitud ha sido informada favorablemente por la Inspección provincial de Sanidad.

**Servicios de Beneficencia en Navarra.**—En el Colegio Médico de Pamplona se han reunido el día 30 de Septiembre los comisionados del Ayuntamiento, la Comisión municipal de higiene, los médicos de la provincia y el arquitecto provincial, con objeto de tratar del informe que ha de emitir ante la Diputación provincial sobre el proyecto de adaptación de servicios de la Beneficencia provincial en los pabellones del hospital de Barañain. Por unanimidad se acordó la necesidad de trasladar á dichos pabellones de Barañain los del Hospital provincial y se designó una ponencia formada por los facultativos Sres. Armendáriz, Jáuregui, Jimeno y Juaristi, que reunidos al día siguiente ultimaron el dictamen definitivo.

**Vacante de titulares.**—Una de las dos titulares de Medicina y Cirugía, por renuncia, de Yepes, partido de Ocaña (Toledo), dotada con 1.500 pesetas anuales, por 50 familias pobres, pudiendo contratar las iguales con los vecinos pudientes. La población es de 3.012 habitantes, equidistante de cinco estaciones de ferrocarril de la línea de M. Z. A. y á igual distancia de la de Ocaña, habiendo coche diario á Aranjuez. Solicitudes documentadas al señor alcalde hasta el 28 del actual.

**Consultas públicas.**—En el Instituto Príncipe de Asturias, establecido en la Moncloa, se halla abierta la consulta gratuita de enfermedades neoplásicas (úlcera y tumores), á cargo del Dr. Goyanes, los lunes, miércoles y viernes, á las once de la mañana.

**Equipos quirúrgicos disueltos.**—Copiamos del *Diario Oficial del Ministerio de la Guerra* la siguiente Real orden:

«No considerándose necesario en la actualidad la intervención de los Equipos quirúrgicos núm. 5 en el Hospital Militar de Melilla; núm. 26, en el de Tetuán, y núm. 25 en el de Ceuta, el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer sean disueltas las referidas agrupaciones, incorporándose á sus respectivos destinos de plantilla tanto los jefes de las mismas, comandantes médicos D. Eduardo Sánchez Vega Malo y D. Federico Illana Sánchez y capitán médico D. Ramón Zorrilla Polanco, como el personal auxiliar que lo constituyen, sin dejar de pertenecer á los referidos organismos, que continuarán constituidos nominalmente, en previsión de que las circunstancias pudieran exigir su funcionamiento; siendo al propio tiempo la voluntad de S. M. que el equipo núm. 7,

del que es jefe el comandante médico D. Florencio Herrer Minguijón, sea trasladado, con todo el personal del mismo, desde la plaza de Melilla al Hospital Militar de Madrid Carabanchel, en vista de las circunstancias excepcionales por que atraviesa este último establecimiento.»

**X Asamblea de la Unión Farmacéutica Nacional.**—Durante los días 26 al 29 del corriente, celebrará la Unión Farmacéutica Nacional su décima Asamblea ordinaria en Cádiz.

Se discutirán importantes cuestiones, entre las cuales figura como principal el régimen futuro del ejercicio de la profesión y se estudiarán los medios de implantar con la brevedad posible reformas concienzudamente estudiadas, reconocidas como inaplazables por el actual ministro de la Gobernación y cuya implantación se demora de un modo injustificado.

**El conde de Gimeno y la Sociedad de naciones.**—El Ateneo de Madrid está organizando una velada para que el conde de Gimeno, nuestro querido y sabio redactor, exponga cuanto ha visto y estudiado en el seno de la Sociedad de naciones, á la que ha asistido como presidente de la Delegación española, y en la que ha obtenido triunfos indiscutibles.

**Excipiente inerte.**—Defecto por defecto, preferible es la arrogancia al apocamiento; la osadía mide sus fuerzas y vence ó es vencida; pero la modestia excesiva huye de la batalla y se condena á vergonzosa inacción.

(Cajal.)

«Dicen los sabios, que llegará un día en que se apague vuestra luz»—gritó el gusano de luz á las estrellas—. Las estrellas no respondieron.

(Rabindranath Tagore.)

El viejo que contempla persuadido sus decadencias, no es un de-graciado, ni un desesperado, es un melancólico, y la melancolía es la forma dulce del dolor, á veces tan grata como el placer mismo. ¿Es esto bondad? ¿Es soberbia, por creerse superior á los demás hombres, al saber desprenderse de lo que de todos modos é irremediablemente se cae? No lo sé; pero de todo tiene, pues al fin y al cabo, es una manifestación de que poseemos esa que llamaba un amigo mío la cuarta potencia del alma: la de hacerse cargo.

(Ich.)

## SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso, Madrid.



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, *tifus gástricas*. A. J. S. y ESCOFET. Tarragona.

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente por la A. G. P. para *EL SIGLO MEDICO*.

Suscriptor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.<sup>a</sup> de la Cabeza, 1